**Regulamin udziału w projekcie pt. „TPD Szczecin - Zdrowie najważniejsze”, o nr: FEPZ.06.07-IP.01-0059/24**

**Projekt dofinansowany z EFS + w ramach programu:**

**Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 w ramach naboru FEPZ.06.07-IP.01-001/24**

**Projekt realizowany przez Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Zachodniopomorski Oddział Regionalny w Szczecinie**

**§1**

**POSTANOWIENIA OGÓLNE**

1. Regulamin określa zasady udziału w projekcie i określa zasady realizacji projektu.
2. Celem głównym projektu jest: zniwelowanie zdiagnozowanych zagrożeń dla zdrowia w miejscu pracy dla 134 pracowników TPD ZOR w Szczecinie , w tym w zakresie ergonomii pracy poprzez poprawę dostosowania stanowisk pracy oraz zapewnienie wsparcia psychologicznego i badań przesiewowych ze wsparciem fizjoterapeuty, lekarza medycyny pracy dla pracowników w terminie 1.03.2025 do 31.08.2025 r.
3. Realizacja projektu stanowi odpowiedź na przeprowadzoną analizę i zatwierdzoną w dniu 12.XI.2024 przez zarząd TPD ZOR, której wyniki wskazują plan działań, obejmujący zakres dostosowania niezbędnego do poprawy ergonomii pracy i bezpieczeństwa oraz formy wsparcia uczestników-UP: szkolenia, spotkania i badania dla poprawy ich potencjału zdrowotnego w celu zniwelowania zdiagnozowanych obciążeń układu kostno-stawowego oraz wzrostu bezpieczeństwa.
4. Założono spotkania edukacyjne w zakresie zdrowia psychicznego- radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowemu, spotkania z fizjoterapeutą oraz lekarzem medycyny pracy nt. zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy oraz zapewnienie badań profilaktycznych.
5. Projekt jest zgodny z celami określonymi w dokumencie „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategicznego Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021- 2027 z perspektywą do 2030 r.”
6. Projekt przygotowano i będzie realizowany z poszanowaniem zasad:

a) zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełno-sprawnościami z uwzględnieniem spełnienia wymagań określonych w Standardach dostępności dla polityki spójności 2021-2027, stanowiących załącznik nr 2 do Wytycznych dotyczących zasad równościowych;

b) zasady równości kobiet i mężczyzn;

c) zasady zrównoważonego rozwoju;

d) zasady „nie czyń poważnych szkód” (DNSH - Do Not Significant Harm)

oraz w zgodzie z postanowieniami Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej (KPP) oraz Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych (KPON).

1. Działania planowane w ramach projektu nie zastępują obowiązków pracodawcy wynikających z rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy.

**§ 2**

**UCZESTNICY PROJEKTU**

1. Projekt jest skierowany do Pracodawcy z obszaru województwa zachodniopomorskiego -organizacji pozarządowej: **Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Zachodniopomorski Oddział Regionalny w Szczecinie** i jego pracowników.
2. Uczestnikami /czkami projektu są osoby pracujące w biurze **Towarzystwa Przyjaciół Dzieci Zachodniopomorski Oddziału Regionalnego w Szczecinie** oraz w placówkach przedszkolnych i placówkach wsparcia dziennego, osoby zamieszkałe na terenie województwa zachodniopomorskiego na ternie miasta Szczecin oraz powiatów: polickiego, gryfickiego, pyrzyckiego, stargardzkiego, łobeskiego, gryfińskiego, goleniowskiego, kamieńskiego, m. Świnoujście, choszczeńskiego, które wzięły udział w diagnozie oraz imiennej ankiecie i potwierdziły chęć udziału w projekcie.
3. Grupa docelowa 132 osoby ( 2 mężczyzn), do której kierowane jest wsparcie obejmuje grupy w podziale na miejsca i rodzaj pracy:
4. pracownicy i pracownice biurowo- administracyjni: 10 osób ( 1 mężczyzna ) biura w Szczecinie ,
5. pracownice żłobków , 14 os. w tym: 12 opiekunek oraz 2 woźne -personel pomocniczy gospodarczy,
6. pracownice placówek przedszkolnych: 75 os. nauczycieli i pomoy nauczyciela,
7. pracownice i pracownicy PWD: 35 os.( 1 mężczyzna ): wychowawcy i pedagogowie rodzinni,
8. Każdy Uczestnik/czka zapozna się z treścią wniosku o dofinansowanie, regulaminem udziału w projekcie oraz wypełni i podpisze: FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY stanowiący Załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu oraz: OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU: Klauzula Informacyjna (obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679) stanowiący załącznik nr 2 do Regulaminu oraz umowę o objęciu wsparciem w ramach projektu, której wzór stanowi załącznik nr 3 do Regulaminu.

**§4**

**PRAWA i OBOWIĄZKI**

1. Osoba uzyskuje status uczestnika projektu z 1.03.2025 r. i podpisaniem formularza rekrutacyjnego, umowy oraz wymaganych oświadczeń.
2. Wsparcie udzielane jest uczestnikom bezpłatnie.
3. Uczestnik/czka projektu zobowiązuje się do:
* udostępnienia danych osobowych niezbędnych do wypełnienia obowiązków sprawozdawczych,
* uczestnictwa w zaplanowanych wobec niego formach wsparcia i udziału w nich,
* niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację udziału w badaniach ewaluacyjnych i monitorujących,
* w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnienia danych dotyczących jego statusu na rynku pracy,
* przestrzegania zasad niniejszego Regulaminu.
1. Wnioskodawca zapewnia wszelkie formy wsparcia zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie.
2. Zakupy wyposażania będą potwierdzane dokumentacją zdjęciową oraz protokołem obioru stanowiącym załącznik nr 5 do regulaminu .
3. Formy wsparcia jak realizacją szkoleń zostaną potwierdzone zgodnie ze wzorem raportu stanowiącym załącznik nr 6 do regulaminu.

6. W ramach projektu uczestniczka/uczestnik projektu otrzyma wsparcie w zakresie:

* dostosowania miejsca pracy w sprzęt poprawiający ergonomię pracy zgodnie z zadaniami nr 1,2,3 wniosku o dofinansowanie
* zapewnienia udziału w formie profilaktyki zdrowia psychicznego - warsztatach dla pracowników w zakresie radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowemu: 2 dni szkoleniowe x 8h (16 h)zgodnie z opisem zadania nr 4 wniosku o dofinansowanie,
* poszerzania wiedzy wśród pracowników na temat zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy – spotkanie z fizjoterapeutą zgodnie z opisem zadania nr 6 wniosku o dofinansowanie
* poszerzanie wiedzy wśród pracowników na temat zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy – spotkanie z dietetykiem zgodnie z zadaniem nr 7 wniosku o dofinansowanie
* udziału w badaniach przesiewowych zgodnie z zakresem badań określonym w ankiecie imiennej oraz opisie zadania nr 8 wniosku o dofinansowanie
1. Potwierdzenie udzielenia wsparcia wobec Uczestnika/czki odbędzie się na podstawie wzorów zaświadczeń stanowiących załącznik nr 4 do Regulaminu.
2. W przypadku rezygnacji z udziału lub rozwiązania stosunku pracy Uczestnika/czki z realizatorem projektu do projektu będzie zrekrutowana kolejna osoba, która zostanie objęta badaniem ankietowym oraz dla której zostanie sporządzona errata do diagnozy stanowiącej podstawę opracowania wniosku o dofinansowanie.

**§5**

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. Wsparcie realizowane jest w zgodzie z obowiązującymi przepisami oraz z wewnętrznymi regulacjami realizatora projektu- Wnioskodawcy: **Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Zachodniopomorski Oddział Regionalny w Szczecinie**.
2. Wnioskodawca zastrzega sobie prawo zmiany niniejszego Regulaminu. Wszelkie zmiany Regulaminu wymagają formy pisemnej i wchodzą w życie z dniem ich ogłoszenia.
3. Regulamin obowiązuje przez cały okres realizacji Projektu.
4. Sprawy nieuregulowane niniejszym Regulaminem są rozstrzygane przez Wnioskodawcę
5. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem 1 marca 2025 roku.

**ZAŁACZNIKI DO REGULAMINU:**

1. **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY z deklaracją udziału w projekcie**
2. **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU- klauzula informacyjna (obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)**
3. **Wzór Umowy z Uczestnikiem/czką projektu**
4. **Wzór zaświadczenia w zakresie udzielenia wsparcia Uczestnikowi/czce**
5. **Wzór protokołu odbioru zakupu wyposażania**
6. **Wzór raportu z realizacji zadania**

**Załącznik nr 1 do regulaminu**

 **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

 „TPD Szczecin - Zdrowie najważniejsze”, o nr FEPZ.06.07 .IP.01-0059/24

**DANE UCZESTNIKA** [właściwe proszę zaznaczyć znakiem X]

|  |  |
| --- | --- |
| Imię (imiona): |  |
| Nazwisko: |  |
| PESEL: |  |
| Płeć: | * kobieta
* mężczyzna
 |
| Wiek (w chwili przystąpienia do projektu): |  |
| Wykształcenie: | * Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2)[[1]](#footnote-1)
* Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)[[2]](#footnote-2)
* Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie) ISCED 5-8[[3]](#footnote-3)
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina: |  |
| Miejscowość: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Ulica: |  |
| Nr domu: |  | Nr lokalu: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail): |  |
| Adres korespondencyjny (jeśli inny niż zamieszkania): |  |

 **DANE KONTAKTOWE**

# **DANE DODATKOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| Status na rynku pracy: osoba pracującaw tym: | * osoba pracująca w MMŚP
 |
| Stanowisko pracy: |  |
| Miejsce zatrudnienia: |  |

# **OŚWIADCZENIA**

Oświadczam, że jestem: [właściwe proszę zaznaczyć znakiem X]

|  |  |
| --- | --- |
| Osobą obcego pochodzenia. | * TAK
* NIE
* Odmowa podania informacji
 |
| Obywatelem państwa trzeciego | * TAK
* NIE
* Odmowa podania informacji
 |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) | * TAK
* NIE
* Odmowa podania informacji
 |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | * TAK
* NIE
* Odmowa podania informacji
 |
| Osobą z niepełnosprawnościami(do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność) | * TAK
* NIE
* Odmowa podania informacji
 |

**INFORMACJA DOTYCZĄCA SZCZEGÓLNYCH POTRZEB WYNIKAJĄCYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W ZWIĄZKU Z REALIZACJĄ WSPARCIA**

[proszę wybrać stawiając znak „X” przy wybranej opcji jeśli dotyczy]

* Nie posiadam szczególnych potrzeb
* Posiadam szczególne potrzeby [proszę o wskazanie poniżej potrzeb]

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww.

Formularzu zgłoszeniowym są prawdziwe i że spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w projekcie.

Oświadczam, że zapoznałam / zapoznałem się z Regulaminem projektu i akceptuję jego warunki.

**Tym samym deklaruję chęć przystąpienia do przedmiotowego projektu**.

………………………………………………………… ……………………………………………….

Miejsce, data i podpis osoby przyjmującej formularz Miejsce, data i podpis uczestnika

Załączniki: Dokument potwierdzający formę zatrudnienia (np. umowa cywilnoprawna lub aktualna umowa o pracę, a w przypadku wystąpienia aneksów wraz z ostatnim aneksem)

**Załącznik nr 2 do regulaminu**

 …………………………………………

 ( IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI)

***KLAUZULA INFORMACYJNA***

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. **TPD Szczecin - Zdrowie najważniejsze”, o nr: FEPZ.06.07-IP.01-0059/24** przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Beneficjent tj. **Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Zachodniopomorski Oddział Regionalny w Szczecinie,** al. Papieża Jana Pawła II 42/U9, 70-415 Szczecin, który udostępnia dane osobowe innym administratorom danych osobowych zgodnie z przepisami prawa w szczególności na podstawie ustawy wdrożeniowej, w tym; Instytucji Zarządzającej programem Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Zarządowi Województwa Zachodniopomorskiego, Instytucji Pośredniczącej programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, Instytucji Koordynującej Umowę Partnerstwa tj. Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu.
2. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach FEPZ 2021-2027. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe, a także stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
3. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 (FEPZ) na podstawie:
4. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;
5. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
6. Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027 (Dz.U. 2022 poz. 1079 z późn. zm.);
7. Udostępnione przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu pn. „**TPD Szczecin - Zdrowie najważniejsze”, o nr: FEPZ.06.07-IP.01-0059/24** w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach FEPZ 2021-2027.
8. Dodatkowo w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji. W **ciągu 4 tygodni** po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy[[4]](#footnote-4).
9. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia FEPZ 2021-2027 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
11. W sprawach związanych z moimi danymi mogę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanym adresem poczty elektronicznej:
12. rodo@tpd.szczecin.pl
13. iod@wup.pl
14. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
15. Mam prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.
16. Przysługuje mi prawo do ograniczenia przetwarzania, pod warunkiem, że dane nie są już niezbędne dla celów, do których zostały zebrane oraz, o ile minął wymagalny okres archiwizacji tych danych u Administratora.
17. Podanie danych jest warunkiem wynikającym z ustawy wdrożeniowej, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem udzielenia wsparcia w ramach projektu.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\** |

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

Załącznik nr 3 do regulaminu

**Umowa nr: zawarta w dniu 1.03.2025 r.**

Zawarta pomiędzy

**Towarzystwem Przyjaciół Dzieci Zachodniopomorskie Oddział Regionalny w Szczecinie** z siedzibą przy al. Papieża Jana Pawła II 42/U9, 70-415 Szczecin, wpisanym do KRS pod nr: 0000133561, podmiocie o nr NIP: 8512805432

**reprezentowanym przez**

**Zygmunta Pyszkowskiego -**Prezesa Zarządu

**Dorotę Malińską-** Skarbnika Zarządu

zwanym dalej **Pracodawcą**

a

**zam. ul. ………….., kod pocztowy …………. Szczecin, pesel: …………..**

zwanym dalej **Pracownikiem.**

**zwanymi dalej zwani Stronami**

Strony zgodnie oświadczają, że w związku z realizacją projektu pn.: „**TPD Szczecin - Zdrowie najważniejsze”, o nr: FEPZ.06.07-IP.01-0059/24** dofinansowanego z EFS + w ramach programu: Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 w ramach naboru FEPZ.06.07-IP.01-001/24 zawierają umowę, której przedmiotem jest określenie zasad udziału oraz wzajemnych praw i obowiązków Stron związanych z realizacją projektu w okresie: 1.03.2025 do 31.08.2025 r.

§1

1. Strony potwierdzają kwalifikowalność Pracodawcy jako podmiotu realizującego wsparcie -Pracodawcy z terenu województwa zachodniopomorskiego oraz kwalifikowalność Pracownika jako Uczestnika projektu- osoby zamieszkałej i pracującej na terenie województwa zachodniopomorskiego, zatrudnionej w placówce:……..
2. Pracownik wpisuje się w grupę docelową:

pracownicy i pracownice biurowo- administracyjni biuro w Szczecinie,

pracownice żłobka,

pracownice placówek przedszkolnych ,

pracownice i pracownicy PWD ,

 §2

* + - 1. Pracownik oświadcza, że uczestniczył w diagnozie oraz zapoznał się z wnioskiem o dofinansowanie oraz z regulaminem udziału w projekcie i potwierdza dobrowolny udział w formach wsparcia w ramach projektu.
			2. Pracownik deklaruje podpisanie wszystkich dokumentów związanych z potwierdzeniem realizacji form wsparcia w projekcie .
			3. [[5]](#footnote-5)Pracownik zobowiązuje się do odbioru wyposażania poprawiającego ergonomię stanowiska oraz użytkowania go w przyszłości[[6]](#footnote-6), tj.
* Zadanie 1. Dostosowanie stanowisk pracowników administracyjnych do pracy w

warunkach ergonomicznych oraz budowanie kultury prozdrowotnej organizacji. Liczba zakupionych elementów wyposażenia biura: 10 foteli biurowych, 10 myszek ergonomicznych,10 klawiatur, monitor komputerowy 10 szt., 10 biurek elektrycznych , 10 podnóżków.

* Zadanie 2. Dostosowanie stanowisk pracowników PWD do pracy w warunkach

Ergonomicznych. Liczba zakupionych elementów wyposażenia: fotel biurowy 35 szt., biurka elektryczne 35 szt. wózki na zakupy 5 szt.,

* Zadanie 3. Dostosowanie stanowisk pracowników placówek przedszkolnych do pracy w warunkach ergonomicznych. Liczba zakupionych elementów wyposażenia: taboretów siodłowych 40 szt., ściana wyciszająca 1 szt.
* Zadanie 4. Dostosowanie stanowisk pracowników żłobków do pracy w warunkach

Ergonomicznych. Liczba zakupionych elementów wyposażenia: odkurzacze 2 szt., myjki teleskopowe 2 szt.

* + - 1. Pracownik zobowiązuje się do udziału w formach wsparcia:
* [[7]](#footnote-7)profilaktyki zdrowia psychicznego - warsztatach dla pracowników w zakresie radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowemu: 2 dni szkoleniowe x 8h (16 h) zgodnie z z opisem zadania nr 5 wniosku o dofinansowanie,
* [[8]](#footnote-8)poszerzania wiedzy wśród pracowników na temat zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy – spotkanie z fizjoterapeutą oraz z lekarzem medycyny pracy zgodnie z opisem zadania nr 6 wniosku o dofinansowanie
* [[9]](#footnote-9)udziału w badaniach przesiewowych zgodnie z zakresem badań określonym w ankiecie imiennej oraz opisie zadania nr 7 wniosku o dofinansowanie tj.: [[10]](#footnote-10)
	+ Usg piersi
	+ próby tarczycowe
	+ próby wątrobowe
	+ Usg brzucha:
	+ Usg tarczycy
	+ doppler żył:
	+ gastroskopia
	+ mammografia
	+ kolonoskopia
	+ cytologia
	+ ekg
* [[11]](#footnote-11)poszerzania wiedzy wśród pracowników na temat zdrowotnych czynników ryzyka – spotkanie z dietetykiem zgodnie z zadaniem nr 8 wniosku o dofinansowanie

§3

Pracodawca zapewnia organizację wszystkich form zgodnie z opisem wniosku o dofinansowanie, w tym zakup i przekazanie do użytkowania wyposażania poprawiającego ergonomię pracy

Wszystkie formy wsparcia są bezpłatne dla Pracownika.

Formy wsparcia finansowane są ze środków własnych Pracodawcy w wysokości 15 % i dofinansowania z EFS w wysokości 85%.

Formy wsparcia będą organizowane są przez Pracodawcę w godzinach pracy oraz w godzinach popołudniowych oraz w soboty.

Pracodawca w zakresie poprawy kultury organizacyjnej w kierunku ergonomii pracy weźmie w okresie realizacji projektu udział w konsultacjach w ramach projektu projektu Narodowego Programu Zdrowia na lata2021-2025, finansowanego przez Ministra Zdrowia pn.: „Edukacja w zakresie zarządzania zdrowiem starzejących się pracowników oraz opracowanie i upowszechnienie instrumentów promujących zdrowie i zachowania prozdrowotne w środowisku pracy”.

§ 4

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową, zastosowanie mają przepisy obowiązującego prawa.

§ 5

 Niniejsza umowa sporządzona została w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach – po jednym dla każdej ze stron.

PRACODAWCA PRACOWNIK

Załącznik nr 4 do regulaminu

**ZAŚWIADCZENIE O UDZIELENIU WSPARCIA**[[12]](#footnote-12)

**dla pracownika w ramach projektu nr:** FEPZ.06.07.IP.01-0059/24

**Imię i nazwisko:**…………………………………..

**PESEL:**…………………………………………...

**Forma wsparcia:** ………………………………….

**Data** …………..

**Podpis uczestnika:** ……………………………..

**Podpis osoby uprawnionej w imieniu Beneficjenta:** ………………………………..

Załącznik nr 5 do regulaminu

 **PROTOKÓŁ ZDAWCZO – ODBIORCZY**

 **z dnia …………**

Zamawiający, **Towarzystwem Przyjaciół Dzieci Zachodniopomorskie Oddział Regionalny w Szczecinie** z siedzibą przy al. Papieża Jana Pawła II 42/U9, 70-415 Szczecin, wpisanym do KRS pod nr: 0000133561, podmiocie o nr NIP: 8512805432

Potwierdza odbiór zakupionego sprzętu/urządzenia/mebli[[13]](#footnote-13):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

w ilości ………….. sztuk.

Od Sprzedawcy

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Stan nowy/używany[[14]](#footnote-14)

Oświadczam, że zakupiony sprzęt/urządzenia/meble[[15]](#footnote-15) nie był/-ły uprzednio współfinansowany/ -ne z udziałem środków UE[[16]](#footnote-16).

Podpis Zamawiającego Podpis Sprzedawcy

Załącznik nr 6 do regulaminu

**RAPORT**

**z**

**realizacji usługi………………………………………………..****[[17]](#footnote-17)pt.** …………… **realizowanego w ramach projektu pt.** **„TPD Szczecin - Zdrowie najważniejsze”, o nr: FEPZ.06.07-IP.01-0059/24**

Data realizacji: ……..

Miejsce realizacji[[18]](#footnote-18): ……..

Ilość godzin: ……..

Liczba osób uczestniczących: ……..

Imię i nazwisko osoby prowadzącej: ……..

Podpis osoby prowadzącej: ……………………………..

Podpis osoby uprawnionej w imieniu Beneficjenta: ……………………………………..

**Załączniki:**

1. Program.
2. Potwierdzenie kwalifikacji prowadzącego.[[19]](#footnote-19)
3. Lista obecności.
4. Kopie certyfikatów/zaświadczeń o ukończeniu szkolenia wydanych przez podmiot realizujący szkolenie.

Lista obecności na formie wsparcia :…………………..„ w ramach projektu pt.: **pt. „TPD Szczecin - Zdrowie najważniejsze”, o nr: FEPZ.06.07-IP.01-0059/24**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lp | Imię i nazwisko Uczestnika/czki projektu | Podpis uczestnika/czki |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejsce | Imię i nazwisko osoby prowadzącej wsparcie | Podpis osoby prowadzącej |  Data  |  Ilość h wsparcia  |
|  |  |  |  |  |

…………………………………….Pieczęć Wykonawcy/Nazwa Wykonawcy

Wzór zaświadczenia i/lub certyfikatów potwierdzających ukończenie szkolenia/warsztatów ;

**Nazwa wykonawcy**

**Z A Ś W I A D C Z E N I E**

**Pan(i) ………………………………………………………**

…….

PESEL

uczestniczył(a)

w szkoleniu/warsztatach pt.

przeprowadzonym/nych w ….. ……… w dniu …………………….................... w formie stacjonarnej

 (miejscowość)

w wymiarze godzin szkoleniowych i zdobyła kompetencje w zakresie ……………………………………………………………

Realizacja szkolenia w ramach projektu **pt. „TPD Szczecin - Zdrowie najważniejsze”, o nr: FEPZ.06.07-IP.01-0059/24**

…………………, dnia ………………

(miejscowość) (czytelny podpis/pieczątka

 osoby upoważnionej)

1. Osoby, których najwyższy osiągnięty poziom wykształcenia to wykształcenie gimnazjalne lub podstawowe (8 klas szkoły podstawowej) (poziom ISCED 0- 2) zgodnie z Międzynarodową Standardową Klasyfikacją Kształcenia UNESCO, tj. osoby uczestniczące we wczesnej edukacji (ISCED 0), osoby, które uczestniczą lub zakończyły edukację najwyżej na poziomie podstawowym (ISCED 1-2) i osoby, które zakończyły edukację najwyżej na poziomie gimnazjalnym (ISCED 2), a także osoby, które nie osiągnęły żadnego poziomu wykształcenia (ISCED 0). [↑](#footnote-ref-1)
2. Osoby, których najwyższy osiągnięty poziom wykształcenia to wykształcenie średnie II stopnia – czyli ponadgimnazjalne lub ponadpodstawowe (poziom ISCED 3) albo wykształcenie policealne (ISCED 4) zgodnie z Międzynarodową Standardową Klasyfikacją Kształcenia UNESCO. [↑](#footnote-ref-2)
3. Osoby, których najwyższy poziom wykształcenia to wykształcenie wyższe (poziom ISCED 5-8) zgodnie z Międzynarodową Standardową Klasyfikacją Kształcenia UNESCO, rozpoczynając na ukończonych studiach krótkiego cyklu (ISCED 5), przez studia licencjackie i ich odpowiedniki (ISCED 6), studia magisterskie i ich odpowiedniki (ISCED 7) aż po studia doktoranckie i ich odpowiedniki (ISCED 8). [↑](#footnote-ref-3)
4. Wykreślić zgodnie z uwarunkowaniami dla konkretnego naboru. [↑](#footnote-ref-4)
5. Jeżeli nie dotyczy usunąć pkt. [↑](#footnote-ref-5)
6. Należy wybrać właściwe zadanie dla pracownika ,którego dotyczy umowa [↑](#footnote-ref-6)
7. Jeżeli nie dotyczy usunąć pkt. [↑](#footnote-ref-7)
8. Jeżeli nie dotyczy usunąć pkt. [↑](#footnote-ref-8)
9. Jeżeli nie dotyczy usunąć pkt. [↑](#footnote-ref-9)
10. Pozostawić adekwatne dla Pracownika badania [↑](#footnote-ref-10)
11. Jeżeli nie dotyczy usunąć pkt. [↑](#footnote-ref-11)
12. Zaświadczenie sporządzane jest odrębnie dla każdej udzielonej uczestnikowi formy wsparcia po jej zakończeniu. W przypadku udzielenia wsparcia więcej niż 1 pracownikowi istnieje możliwość sporządzenia zaświadczenia zbiorczego. [↑](#footnote-ref-12)
13. wykreślić niewłaściwe [↑](#footnote-ref-13)
14. wykreślić niewłaściwe [↑](#footnote-ref-14)
15. wykreślić niewłaściwe [↑](#footnote-ref-15)
16. wykreślić jeśli nie dotyczy [↑](#footnote-ref-16)
17. Usługi powinny realizowane być przez podmiot zewnętrzny, a nie personel Beneficjenta. [↑](#footnote-ref-17)
18. Usługi mogą realizowane być w siedzibie jednostki, jak i poza jej siedzibą. Usługi nie mogą realizowane być w sposób wyjazdowy (funkcja edukacyjna, a nie rekreacyjna). [↑](#footnote-ref-18)
19. Trener powinien posiadać minimum 2 letnie doświadczenie. Ponadto musi spełniać wszystkie wymogi wskazane we wniosku o dofinansowanie dla osoby prowadzącej daną usługę. [↑](#footnote-ref-19)