



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Formular grup țintă

ANEXA 8 (POCU)

Formularul de înregistrare individuală a participanților la operațiunile finanțate prin POCU 2014-2020

Cod SMIS proiect: 138603
 Axă prioritară: 4 - Incluziunea socială și combaterea sărăciei
 Prioritate investiție: 9.iv Creșterea accesului la servicii accesibile, durabile și de înaltă calitate, inclusiv asistență medicală și servicii sociale de interes general
 Titlu proiect: „Program de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al cancerului de col uterin - Regiunea Centru” cod SMIS 138603
 OIR/OI responsabil: Organismul Intermediar Regional București-Ilfov

Sectiunea A. La intrarea în operațiune:

Date de contact:

Nume Prenume

Telefon : E-mail

Adresa domiciliu: judet....., localitate.....,
adresa.....

Reședință: Reședința e aceeași cu domiciliul
judet....., localitate....., adresa.....

Data intrării în operațiune:

CNP:

Zonă: Urban Rural

Localizare geografică: Regiune:..... Județ:.....Unitate teritorial administrativă:.....

Gen: Feminin Masculin

Vârsta (ani împliniți la intrarea în operațiune):

Persoană cu vârsta sub 25 ani

Persoană cu vârsta cuprinsă între 25 și 54 ani

Persoană cu vârsta peste 54 de ani

Categoria de Grup Țintă din care face parte: *Persoane care vor beneficia de serviciile oferite prin programele regionale de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament al leziunilor precanceroase ale colului uterin,*

24-29 ani pentru femeile care beneficiază de testarea Babeș-Papanicolau

30-64 ani pentru femeile care beneficiază de testarea HPV

din care: persoane aparținând grupurilor vulnerabile



UNIUNEA EUROPEANĂ

Instrumente Structurale
2014-2020

Situația pe piața forței de muncă persoană ocupată	DA
Angajat	
Angajat pe cont propriu	
Șomer	
Șomer de lungă durată	
Persoană inactivă (inclusiv copii antepreșcolari, preșcolari, elevi etc.)	
Alta categorie de inactivi în afara de cei din educație și formare	

Nivel de educație	DA
Studii educație timpurie (ISCED 0)	
Studii primare (ISCED 1)	
Studii gimnaziale (ISCED 2)	
Studii liceale (ISCED 3)	
Studii postliceale (ISCED 4)	
Studii superioare (ISCED 5)	
Studii superioare (ISCED 6)	
Studii superioare (ISCED 7)	
Studii superioare (ISCED 8)	
Înscriș într-un program de educație	
Înscriș într-un program de formare	

Persoană dezavantajată: Da Nu

	DA
Participanți care trăiesc în gospodării fără persoane ocupate	
Participanți care trăiesc în gospodării fără persoane ocupate cu copii aflați în întreținere	
Participanți care trăiesc în gospodării alcătuite dintr-un părinte unic cu copil aflat în întreținere	

	DA	NU	Nu doresc să declar
Migranți			
Participanți de origine străină			
Minorități			
Etnie romă			
Altă minoritate decât cea de etnie romă			
Comunități marginalizate			
Participanți cu dizabilități			
Persoane fără adăpost sau care sunt afectate de excluziunea locativă			
Persoane din comunități marginalizate			
Alte categorii defavorizate			

Semnătura participant

Semnătura responsabil cu înregistrarea participanților

Data:.....



Subsemnata,....., domiciliată în localitatea județ..... telefon..... posesoare a CI, seria, numărul, CNP.....,

Vă rog să îmi aprobați înscrierea în programul de screening al cancerului de col uterin organizat în cadrul proiectului cod SMIS 138603, titlu proiect „Program de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al cancerului de col uterin - Regiunea Centru”

Semnătura.....

Subsemnata, cunoscând prevederile articolului 326 din Codul Penal*privind falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că :

1. Nu am participat în ultimii 5 ani la programe de screening al cancerului de col uterin și nici nu am făcut parte din grupul țintă al unor proiecte POCU care au vizat participarea la programe de screening al cancerului de col uterin.

Semnătura.....

2. Mă încadrez în situația de vulnerabilitate (conform Ghidului solicitantului - Anexa 1 – Definițiile indicatorilor de rezultat și realizare al proiectului) în următoarele categorii:

	Categoria	Da*
Femei sărace	a. angajate, mai ales necalificate (la intrarea în intervenție media venitului pe cap de familie mai mică decât salariul minim pe economie)	
	c. inactivate - nu au un loc de muncă și nu sunt înregistrate în evidențele SPO	
	Femei care lucrează pe cont propriu în agricultură	
	Femei din sau care au fost anterior în centre de plasament	
	Femei care au părăsit sistemul de protecție a copilului	
	Femei fără adăpost	
	Femei de etnie romă	
	Femei din familii monoparentale	
	Femei care suferă de dependență de alcool, droguri și alte substanțe toxice	
	Femei victime ale violenței domestice	
	Femei victime ale traficului de ființe umane	

*Se bifează doar categoria de vulnerabilitate în care se încadrează participanta sau

2.2 Mă încadrez în următoarele categorii de vulnerabilitate și atașez documente justificative după cum urmează:

Persoane aflate în situație de vulnerabilitate	Documente justificative	Da**
Femei sărace	b. șomere (înregistrate în evidențele SPO)	Document eliberat de Agenția Județeană de Ocupare a Forței de Muncă
	d. neasigurate	<ul style="list-style-type: none"> Document eliberat de CNAS sau de medicul de familie Confirmarea acestei situații de către medicul de familie după verificarea bazei de date a CNAS Verificarea în baza de date a CNS http://www.cnas.ro/page/verificare-asigurat.html
	e. persoane beneficiare ale venitului minim garantat (VMG), ASF (alocație de susținerea familiei)	Document eliberat de primărie
- Femei din mediul rural	Card de identitate/ buletin	
- Femei cu dizabilități, inclusiv persoane invalide și cu nevoi complexe	Orice document care dovedește dizabilitatea	
- Femei care au copii cu dizabilități	Orice document care dovedește dizabilitatea	

**Se bifează doar categoria de vulnerabilitate în care se încadrează participanta și se atașează documentul justificativ

Semnătura.....



FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT

3. Subsemnata, consimt să particip la programul de screening al cancerului de col uterin. Natura, scopul, beneficiile și riscurile participării la programul de screening al cancerului de col uterin mi-au fost explicate pe înțelesul meu de către; am fost informată despre:

	Da
Actul medical la care urmează să fiu supusă: <input type="checkbox"/> testare HPV <input type="checkbox"/> testare Babeș Papanicolaou	
Procedura de testare	
Beneficiile și riscurile participării la programul de screening	
Pașii următori în cazul testului pozitiv	
Intervalul de primire a rezultatului (până la 3 luni)	

	Da
Sunt de acord cu efectuarea testului (consultația, prelevarea materialului cervical, procesarea testului)	
Sunt de acord cu arhivarea produselor biologice (lamelor citologice)	
Sunt de acord cu introducerea datelor mele în registrul de screening și bazele de date ale programului de screening	
Sunt de acord cu prelucrarea statistică a datelor cu caracter personal	
Sunt de acord ca medicul meu de familie să primească rezultatul testului	
Sunt de acord cu includerea în cercetarea științifică, și consecutiv cu prelucrarea datelor cu caracter personal	
Sunt de acord ca orice date care rezultă din aceste studii de cercetare să poată fi publicate ca rezultat al cercetării	

Data:

Nume și prenume participantă.....

Semnătura.....

4. Subsemnata..... consimt ca datele mele cu caracter personal menționate în Formularul de grup țintă (Anexa8), și Formularul FS1 anexate prezentului, să fie prelucrate, prin orice mijloace, în conformitate cu Legea nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor) – de Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș, având calitatea de operator și de către orice alt organism abilitat să efectueze verificări asupra activității acestuia sau orice persoană împuternicită de către operator ori operatori asociați. De asemenea îmi dau consimțământul expres în legătură cu furnizarea datelor mele cu caracter personal către Autoritatea de Management POCU – AMPOCU/ Organismul Intermediar – OI POCU Bucuresti-Ilfov, în scopul efectuării verificărilor necesare și monitorizării proiectului.

Datele mele cu caracter personal se vor prelucra în următoarele scopuri :

- activități medicale în vederea depistării precoce a cancerului de col uterin (testare HPV, Babeș Papanicolaou, consultație, prelevarea materialului cervical, arhivarea produselor biologice etc.)
- înscrierea în registrul de screening și bazele de date ale programului de screening pentru cancerul de col uterin;
- prelucrarea statistică;
- activități de cercetare științifică, informare, educare și consiliere.

Datele mele cu caracter personal se vor putea prelucra pentru o perioadă necesară îndeplinirii scopurilor indicate mai sus, dar nu mai mult de 10 de ani de la data la care mi-am exprimat consimțământul, având dreptul de a-l retrage în orice moment.

Declar faptul că mi-am oferit consimțământul în mod liber, fiind informată în prealabil despre operațiunea de prelucrare a datelor cu caracter personal.

Am dreptul de a obține, la cerere și în mod gratuit, confirmarea faptului că datele mele sunt prelucrate, dreptul la rectificare și ștergere, dreptul la restricționarea prelucrării, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul de a mă opune în orice moment, dreptul de a formula obiecții, de a depune o plângere la Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș (email GDPR. radum_ro2002@yahoo.com sau la Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal.

Sunt de acord ca rezultatele să îmi fie comunicate prin email la adresa din datele de contact sau prin telefon sau prin alte mijloace, specificati.....

Sunt de acord ca următoarele persoane să fie informate asupra stării mele de sănătate în detaliu/să aiba acces deplin la informațiile cu caracter confidențial din dosarul meu medical, conform art. 24 alin 2, din Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003, (dacă nu este cazul se barează):

Domnul/doamna....., în calitate de.....

tel..... email.....

Data:

Nume și prenume participantă.....

Semnătura.....