



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI

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:** 140501  
**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:** „Fii responsabilă de sănătatea ta - programe regionale de prevenire, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al cancerului de col uterin - etapa II Regiunea de dezvoltare: Nord-Vest” cod SMIS 140501  
**OIR/OI responsabil:** Organismul Intermediar Regional București-Ilfov

**Secțiunea A. La intrarea în operațiune:****Date de contact:**

Nume ..... Prenume .....

Telefon :..... E-mail .....

Adresa domiciliu: județ....., localitate....., adresa.....

Reședință:  Reședința e aceeași cu domiciliul  
județ....., 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



GUVERNUL ROMÂNIEI

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)	
fără ISCED	

**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	
Migranți	
Participanți de origine străină	
Minorități	
Etnie romă	
Altă minoritate decât cea de etnie romă	
Comunități marginalizate	
Participanți cu dizabilități	
Alte categorii defavorizate	
Persoane fără adăpost sau care sunt afectate de excluderea locativă	
Nici una din opțiunile de mai sus	

Semnătura participant

Semnătura responsabil cu înregistrarea participanților

Data:.....



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI

Instrumente Structurale  
2014-2020

**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 140501, titlu proiect „Fii responsabilă de sănătatea ta - programe regionale de prevenire, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al cancerului de col uterin - etapa II Regiunea de dezvoltare: Nord-Vest”

**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.

Da  Nu

2.1 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. inactive - 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 Agentia Județeană de Ocupare a Forței de Muncă
	d. neasigurate	<ul style="list-style-type: none"> <li>Document eliberat de CNAS sau de medicul de familie</li> <li>Confirmarea acestei situații de către medicul de familie după verificarea bazei de date a CNAS</li> <li>Verificarea în baza de date a CNS <a href="http://www.cnas.ro/page/verificare-asigurat.html">http://www.cnas.ro/page/verificare-asigurat.html</a></li> </ul>
	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



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI

Instrumente Structurale  
2014-2020**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 BabeșPapanicolaou	
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 **Institutul Oncologic „prof. dr. Ion Chiricuță”**, 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 Institutul Oncologic ([larisa.bobocea@iocn.ro](mailto:larisa.bobocea@iocn.ro)) 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, specificați.....

Sunt de acord ca următoarele persoane să fie informate asupra stării mele de sănătate în detaliu/să aiba acces deplin la informațiile cu caracter confidential 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.....