**Formularz konsultacyjny**

**projektu *Regionalnego Programu Strategicznego w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej***

**Część i - dane osobowe (\*wypełnienie obowiązkowe)**

**imię i nazwisko\*:**…………………………………………………………………………………..

**tel. / faks:**……………………………………………………………….

**adres korespondencyjny/e-mail\*:** ………………………………………………………

**wyrażam opinię\*:** a) jako osoba prywatna

b) reprezentując:

*(nazwa instytucji)*

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. *w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE* – RODO informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych będzie Zarząd Województwa Pomorskiego, z siedzibą ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk. Pozostałe nasze dane kontaktowe to: Departament Zdrowia, e-mail: rps.zps@pomorskie.eu, tel. 58 32 68 260.
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych to e-mail: [iod@pomorskie.eu](mailto:iod@pomorskie.eu) lub tel. 58 32 68 518.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu zebrania uwag i komentarzy do projektu Regionalnego Programu Strategicznego w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej tj. w celu wypełnienia obowiązku prawnego określonego w przepisach ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju, ustawy o samorządzie województwa, ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko oraz w celach archiwizacyjnych tj. na podstawie art. 6 ust. 1 pkt c RODO. Pani/Pana dane osobowe w zakresie numeru telefonu przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO w celu zebrania uwag i komentarzy do projektu Regionalnego Programu Strategicznego w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej – tj. zgodnie z udzieloną zgodą;
4. Zgoda w zakresie przetwarzania Pana/Pani numeru telefonu może zostać wycofana w każdej chwili po przesłaniu oświadczenia o cofnięciu zgody na adres rps.zps@pomorskie.eu Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Brak jest konsekwencji niewyrażenia zgody.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty realizujące usługi wspomagania systemów informatycznych. Takie podmioty będą przetwarzać dane na podstawie umowy z nami i tylko zgodnie z naszymi poleceniami.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane wieczyście.
7. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego określonego w przepisach ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju, ustawy o samorządzie województwa, ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak rozpatrzenia zgłoszonych uwag i komentarzy.

**Część II – zakres zgłaszanych uwag i wniosków**

**Zgłaszam uwagi dotyczące następujących części dokumentu:**

1. **CZĘŚĆ DIAGNOSTYCZNA**

Wnioski z analizy sytuacji w obszarze ochrony zdrowia oraz polityki społecznej

Analiza SWOT

Wyzwania

1. **CZĘŚĆ WIZYJNA**
2. **CZĘŚĆ OPERACYJNA**

Cel szczegółowy 1. Bezpieczeństwo zdrowotne

Priorytet 1.1 Odpowiedzialność za zdrowie

Priorytet 1.2 Pacjent bezpieczny w swoim środowisku

Priorytet 1.3 Zasoby ochrony zdrowia

Cel szczegółowy 2. Wrażliwość społeczna

Priorytet 2.1 Przyjazne usługi społeczne

Priorytet 2.2 Aktywna integracja

Priorytet 2.3 Stabilny i profesjonalny sektor pozarządowy i ekonomii społecznej

1. **SYSTEM REALIZACJI PROGRAMU**

Struktura wdrażania Programu

Koordynacja Programu z pozostałymi RPS

Ramy finansowe RPS w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej

System monitorowania i oceny realizacji RPS

1. **ZAŁĄCZNIKI**

**Część III– szczegółowe uwagi i wnioski**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zapis w Regionalnym Programie Strategicznym w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej** do którego zgłaszane są uwagi | **Strona** | **Sugerowana zmiana** (konkretna propozycja nowego brzmienia zapisu) | **Uzasadnienie** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |