

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

pn. „POZnaj wartość opieki”, nr POWR.05.02.00-00-0007/17-00

Ja, niżej podpisana/y deklaram chęć udziału w projekcie pn. „POZnaj wartość opieki”,
nr POWR.05.02.00-00-0007/17-00

w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach:

OSI PRIORYTETOWEJ V. Wsparcie dla obszaru zdrowia

**DZIAŁANIA 5.2 Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia
ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych**

NR UMOWY O DOFINANSOWANIE: POWR.05.02.00-00-000/17-00

**Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie,
drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania.**

Dane uczestniczki/uczestnika:	
1.	Imię i Nazwisko
2.	PESEL
3.	Wykształcenie: <input type="checkbox"/> gimnazjalne, <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe, <input type="checkbox"/> podstawowe, <input type="checkbox"/> policealne, <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne, <input type="checkbox"/> wyższe
Dane kontaktowe:	
1.	Adres
2.	Telefon kontaktowy
3.	Adres e-mail
Dane dodatkowe:	

4.	Wykonywany zawód INF DODATKOWA: Nr prawa wykonywania zawodu	
5.	Zatrudniony w: Nazwa instytucji/organizacji	
6.	Specjalne potrzeby	

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że dane podane w formularzu odpowiadają **stanowi faktycznemu i są prawdziwe**. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować **Centrum Medyczo-Diagnostyczne Sp. z o.o.** w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. **Zostałem pouczoney o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.**
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y że projekt pn. „**POZnaj wartość opieki**”, nr **POWR.05.02.00-00-0007/17-00** jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.
4. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem udziału w projekcie i akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać.
5. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w ramach działań realizowanych w związku z projektem.
6. Oświadczam, iż spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie.
7. Dobrowolnie zgłaszam chęć uczestnictwa w Projekcie.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

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