



.....
Pieczęć ośrodka

.....
Data

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE – wizyta u lekarza POZ

Ja niżej podpisany/a

.....
(imię i nazwisko)

..... (data urodzenia),(pesel)

potwierdzam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności określone w regulaminie projektu tzn. jestem:

- osobą w wieku 50-64

lub

- osobą w wieku 15-49 (w przypadku jasnych zaleceń lekarza związanych z występowaniem czynników ryzyka lub występowania niepokojących znamion)

lub

- osobą po 65 r. ż. aktywną zawodową (w przypadku występowania czynników ryzyka lub występowania niepokojących znamion)
- zamieszkuję w jednym z 3 województw: dolnośląskie, śląskie, opolskie
- nie mam zdiagnozowanego nowotworu skóry i nie leczę się z tego powodu

Wyrażam zgodę na wgląd do mojej dokumentacji medycznej powstałej w trakcie realizacji programu w celu kontroli przez wszystkie uprawnione do kontroli podmioty.

Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Zapoznałem/am się z regulaminem projektu i akceptuję jego postanowienia.

Zostałem/am pouczoney/a o odpowiedzialności za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą lub zatajenie prawdy i niniejszym oświadczam, że wszystkie podane dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Uczestnika)