**Deklaracja uczestnictwa w projekcie**

Beneficjent: **Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie sp. z o .o.**

Tytuł projektu: **„Wdrożenie profilaktyki chorób naczyń mózgowych”**

Numer umowy: **POWR.05.01.00-00-0037/17-00**

Tytuł programu profilaktycznego: **Ogólnopolski program profilaktyki chorób naczyń mózgowych**

**Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/am się z zasadami udziału w Projekcie, akceptuję wszystkie zasady oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie.

2. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014 -2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne nr POWR.05.01.00-00-0037/17-00 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

3. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.

4. Deklaruję korzystanie ze świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach projektu wynikających z Ogólnopolskiego programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów (dotyczy beneficjentów świadczeń lekarskich).

5. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Realizatora Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w deklaracji uczestnictwa w projekcie oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej, (np. podjęcie zatrudnienia).

6. Oświadczam, iż nie korzystałem z analogicznego wsparcia realizowanego w zakresie **Ogólnopolski program profilaktyki chorób naczyń mózgowych** wdrażanego przez innego realizatora projektu w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014 -2020

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu rejestracyjnym są zgodne z prawdą.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU* |