

Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Szybkie i bezpłatne wsparcie osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego w Bytomiu w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego”

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

pn. „Szybkie i bezpłatne wsparcie osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego w Bytomiu w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego”

dla osi priorytetowej: VIII. Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy dla działania: 8.3. Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy dla poddziałania: 8.3.2. Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej – konkurs

NUMER WNIOSKU

WND-RPSL.08.03.02-24-010C/19-004

1. Imię (imiona) i Nazwisko	
2. PESEL	

Ja, niżej podpisany/a deklaruję udział w Projekcie „Szybkie i bezpłatne wsparcie osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego w Bytomiu w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Projekt realizowany jest przez **Przychodnię Lekarską Szombierki sp. z o.o.**

Jednocześnie:

- Zobowiązuję, się do uczestnictwa we wszystkich zaplanowanych formach wsparcia na zasadach określonych w „Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pn. „Szybkie i bezpłatne wsparcie osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego w Bytomiu w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego”, w tym do punktualnego przygotowania się do transportu medycznego i zaplanowanych badań, konsultacji, zabiegów, zajęć edukacyjnych .
- Zobowiązuję się do udzielania niezbędnych informacji dla celów monitoringu, kontroli i ewaluacji Projektu w trakcie i do 3 m-cy po zakończeniu udziału w projekcie. Zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu.
- Zostałem/am poinformowana, iż rezygnacja z udziału w projekcie jest możliwa w przypadku pojawienia się przeciwwskazań zdrowotnych bądź zaistnienia sytuacji losowej (potwierdzonych w dokumentacji medycznej lub innej w przypadku zdarzenia losowego). W przypadku chęci rezygnacji z udziału w projekcie z przyczyn innych niż wymienione wyżej, zobowiązuje się do pokrycia kosztów poniesionych przez Realizatora Projektu liczonych wg stawek wizyt prywatnych.

[Data i miejsce]

[Czytelny podpis Uczestnika Projektu]