

Załącznik 3

.....
(Imię i nazwisko)

Miejscowość..... dnia

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

Strona | 1

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKIE I OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI

Ja, niżej podpisany/a deklaruję uczestnictwo w projekcie realizowanym przez Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie (SPSK Nr 4 w Lublinie) pt. „**Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa w makroregionie wschodnim**”, współfinansowanym przez Unię Europejską i budżet państwa, ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (Oś priorytetowa V, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne).

Jednocześnie oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności do udziału w projekcie, tj. (proszę zaznaczyć tylko jedną opcję):

- reprezentuję personel medycyny pracy (lekarz/pielęgniarka), zatrudniony w placówce, z którą SPSK Nr 4 podpisał umowę o współpracy, z terenu województwa* lubelskiego/podlaskiego oraz deklaruję swój udział w działaniach edukacyjnych oraz realizacji badań przesiewowych, przewidzianych w projekcie;
- jestem osobą w wieku 18 lat i więcej, czynną zawodowo, uskarżającą się na bóle kręgosłupa, zamieszkałą na terenie województwa* lubelskiego/podlaskiego oraz deklaruję chęć udziału w badaniach przesiewowych (mających na celu wykrycie schorzenia) i akcjach edukacyjnych oraz warsztatach rehabilitacji ruchowej.

Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej i budżetu państwa, w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Zapoznałem/am się z regulaminem projektu i akceptuję jego postanowienia.

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

*Podkreślić właściwe

.....
Czytelny podpis Uczestnika/czki

