**Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w ramach Projektu pn.:**

**„Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców makroregionu północnego”**

**nr POWR. 05.01.00-00-0026/18**

**§1**

**POSTANOWIENIA OGÓLNE**

1. Realizatorem projektu Nr POWR.05.01.00-00-0026/18 pn.: „**Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców makroregionu północnego**” jest Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku.
2. Projekt współfinansowany jest przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020.
3. Projekt realizowany jest od 01 marca 2019 r. do 30 listopada 2023 r. na terenie województwa pomorskiego, kujawsko-pomorskiego i warmińsko-mazurskiego.
4. Niniejszy Regulamin określa zasady rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „**Profilaktyki miażdżycy tętnic i chorób serca szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców makroregionu północnego”.**

**§2**

**WYJAŚNIENIE POJĘĆ**

Ilekroć w Regulaminie mowa o:

1. **Projekcie** – należy przez to rozumieć projekt pn. „Profilaktyka miażdżycy tętnic

i chorób serca szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców makroregionu północnego” nr POWR.05.01.00-00-0026/18 realizowany przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku.

1. **Realizatorze projektu** – należy przez to rozumieć Uniwersyteckie Centrum Kliniczne

w Gdańsku.

1. **Regulaminie rekrutacji** – należy przez to rozumieć Regulamin rekrutacji uczestników projektu „Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców makroregionu północnego.”
2. **Uczestniku**– należy przez to rozumieć osobę zakwalifikowaną do udziału w projekcie.
3. **Osoba ze szczególnymi potrzebami -** osoba, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami.
4. **Podmiocie współpracującym** – należy przez to rozumieć jednostkę, z którą Uniwersyteckie Centrum Kliniczne nawiązało współpracę na realizację świadczeń

w ramach projektu.

1. **I etapie** – należy rozumieć etap wstępnej kwalifikacji, w skład której wchodzą badania laboratoryjne, badanie EKG oraz wizyta kwalifikacyjna.
2. **II etapie** – należy rozumieć etap następujący po przejściu przez uczestnika I etapu

i zakwalifikowaniu do aktywnej profilaktyki na podstawie decyzji lekarza udzielającego wizyty kwalifikującej oraz wizytę końcową i poprzedzające ją badania laboratoryjne.

**§3**

**KRYTERIA UDZIAŁU W PROJEKCIE**

1. Projekt skierowany jest do osób w wieku aktywności zawodowej, którzy ukończyli 18 r.ż (również osoby z uprawnieniami emerytalnymi aktywne zawodowo oraz bezrobotne gotowe do podjęcia pracy), z podejrzeniem podwyższonego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.
2. Uczestnicy, którzy nie mogą brać udziału w projekcie:
* osoby leczące się w ciągu ostatnich 5 lat na chorobę układu sercowo-naczyniowego
* osoby korzystające z Programu ChUK.

**§4**

**PROCES REKRUTACJI**

1. Rekrutacja uczestników przeprowadzona jest zgodnie z zasadą równości płci, zasady niedyskryminacji oraz dostępności dla osób z niepełnosprawnością.
2. Osoby, które chciałyby zgłosić szczególne potrzeby związane z niepełnosprawnościami proszone są o wypełnienie załącznika OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU – OSOBA ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI i przesłanie go na adres: *kordian@uck.gda.pl* lub bezpośrednio do podmiotu współpracującego. Zgłoszenie szczególnych potrzeb, w celu zapewnienia dogodnych warunków udzielania wsparcia, winno nastąpić przynajmniej 7 dni przed planowaną data udzielania wsparcia.
3. Osoby, które chciałyby zgłosić szczególne potrzeby inne niż związane z niepełnosprawnościami proszone są o wypełnienie załącznika OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU – OSOBA ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI i przesłanie go na adres: *kordian@uck.gda.pl* lub bezpośrednio do podmiotu współpracującego. Zgłoszenie szczególnych potrzeb, w celu zapewnienia dogodnych warunków udzielania wsparcia, winno nastąpić przynajmniej 7 dni przed planowaną data udzielania wsparcia.
4. Informacja o projekcie dostępna jest pod adresem *https://uck.pl/wspolpraca/programy-zdrowotne/kordian.html* oraz *https://kordian.uck.pl/*
5. Rekrutacja uczestników odbywa się w sposób ciągły do momentu zakończenia projektu.
6. Uczestnicy mogą zgłaszać się samodzielnie do podmiotów współpracujących niezależnie od przypisania do aktywnej listy pacjentów w danej jednostce, jak również udział w projekcie może być proponowany przez dany podmiot współpracujący na podstawie aktywnej listy pacjentów.
7. Osoby zgłaszające chęć uczestnictwa w projekcie zobowiązane są do podpisania najpóźniej w pierwszym dniu uczestnictwa w projekcie dokumentów rekrutacyjnych, tj.:
* Zał. 7 tj. „Ankiety uczestnika projektu”
* Zał. 8 tj. „Oświadczenie uczestnika projektu”.
1. Podpisanie ww. dokumentów jest równoznaczne z akceptacją warunków uczestnictwa w projekcie i oznacza przystąpienie do Projektu.
2. Dniem rozpoczęcia udziału w projekcie jest dzień podpisania dokumentów wymienionych w pkt. 6.
3. Udział w programie jest dobrowolny i bezpłatny.
4. Uczestnik ma możliwość zakończenia udziału w projekcie w dowolnym momencie. Powinno to nastąpić poprzez złożenie oświadczenia o rezygnacji.

**§ 5**

**ZAKRES WSPARCIA**

1. Projekt przewiduje następujące formy wsparcia:
* wizyta kwalifikująca – I etap
* badania laboratoryjne i diagnostyczne – I etap
* zestaw porad i aktywności prozdrowotnych tzw. Bon edukacyjny – II etap
* badania laboratoryjne – II etap
* wizyta końcowa – II etap
1. Dodatkowo, jeśli zajdzie taka potrzeba, projekt przewiduje:
* poradę specjalistyczną/kardiologiczna u realizatora projektu
* badanie genetyczne pacjenta (probanta) u realizatora projektu
* badanie genetyczne pacjenta (krewny probanta) u realizatora projektu.
1. Każda z form wsparcia będzie udokumentowana poprzez podpisanie przez uczestnika

i osobę realizującą świadczenie zał. 9 „Oświadczenia lekarza i uczestnika projektu

o udzielonym świadczeniu zdrowotnym”.

**§ 6**

**OBOWIĄZKI UCZESTNIKA PROJEKTU**

Uczestnicy projektu zobowiązani są:

* w okresie uczestnictwa w projekcie do aktywnego uczestnictwa w przewidzianych formach wsparcia,
* przestrzegania niniejszego regulaminu,
* wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych,
* wypełniania wszelkich wymaganych dokumentów związanych z realizowanymi

w ramach projektu formami wsparcia.

**§ 7**

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. Niniejszy regulamin wchodzi w życie z dniem 01 marca 2019 r. i obowiązuje do czasu zakończenia realizacji projektu, tj. do 30 listopada 2023 r.
2. Regulamin jest dostępny w Dziale Sprzedaży i Zakupu Usług Medycznych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, ul Dębinki 7, 80-952 Gdańsk oraz na stronie internetowej Projektu.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszym regulaminem decyzje podejmuje Realizator projektu.
4. Realizator projektu zastrzega sobie prawo zmiany Regulaminu w sytuacji zmiany wytycznych, warunków realizacji projektu lub dokumentów programowych, o czym niezwłocznie poinformuje podmioty współpracujące.

Załączniki:

1. Załącznik nr 1 Ankieta uczestnika projektu
2. Załącznik nr 2 Oświadczenie uczestnika projektu
3. Załącznik nr 3 Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym
4. Załącznik Oświadczenie uczestnika projektu – osoba ze szczególnymi potrzebami

**Załącznik nr 1 do regulaminu**

**ANKIETA UCZESTNIKA PROJEKTU**

Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania SL2014

**DANE UCZESTNIKA**

|  |  |
| --- | --- |
| **KRAJ** |  |
| **NAZWISKO**  |  |
| **IMIĘ** |  |
| **PESEL** |  |
| **PŁEĆ** | **Kobieta Mężczyzna**  |
| **WIEK w chwili przystąpienia do projektu** |  |
| **WYKSZTAŁCENIE** | * **NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE**
* **PODSTAWOWE**
* **GIMNAZJALNE**
 | * **PONADGIMNAZJALNE**
* **POLICEALNE**
* **WYŻSZE**
 |

**DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| **WOJEWÓDZTWO** |  |
| **POWIAT** |  |
| **GMINA** |  |
| **MIEJSCOWOŚĆ** |  |
| **ULICA** |  |
| **NR BUDYNKU** |  | **NR LOKALU** |  |
| **KOD POCZTOWY** |  |
| **TEL. KONTAKTOWY** |  |
| **ADRES E-MAIL** |  |

**SZCZEGÓŁY WSPARCIA**

|  |
| --- |
| **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** |
| **OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY w tym:*** OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA
* INNE
 |
| **OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY w tym:*** OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA
* INNE
 |
| **OSOBA BIERNA ZAWODOWO w tym:*** OSOBA UCZĄCA SIĘ
* OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB UCZENIU SIĘ
* INNE
 |
| **OSOBA PRACUJĄCA w tym:*** OSOBA PRACUJĄCA W ADMININISTRACJI RZĄDOWEJ
* OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ
* OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP(MIKRO, MAŁE, ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWA)
* OSOBA PRACUJACA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ
* OSOBA POWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK
* OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE
* INNE
 |
| **WYKONYWANY ZAWÓD (wypełnia osoba pracująca)*** INSTRUKTOR PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU
* NAUCZYCIEL KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO
* NAUCZYCIEL WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO
* NAUCZYCIEL KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO
* PRACOWNIK INSTYTUCJI SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA
* KLUCZOWY PRACOWNIK INSTYTUCJI POMOCY I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ
* PRACOWNIK INSTYTUCJI RYNKU PRACY
* PRACOWNIK INSTYTUCJI SZKOLNICTWA WYŻSZEGO
* PRACOWNIK INSTYTUCJI WSPIERANIA RODZINY I PIECZY ZASTĘPCZEJ
* PRACOWNIK OŚRODKA WSPARCIA EKONOMII SPOŁECZNEJ
* PRACOWNIK PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ
* ROLNIK
* INNY
 |
| **ZATRUDNIONY W (miejsce zatrudnienia) :** |

**STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

|  |
| --- |
| **OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA*** NIE
* TAK
* ODMOWA PODANIA INFORMACJI
 |
| **OSOBA BEZDOMNA LUB OBJĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ*** NIE
* TAK
 |
| **OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI*** NIE
* TAK
* ODMOWA PODANIA INFORMACJI
 |
| **OSOBA PRZEBYWAJĄCA W GOSPODARSTWIE DOMOWYM BEZ OSÓB PRACUJĄCYCH*** NIE
* TAK

**w tym:****W GOSPODARSTWIE Z DZIEĆMI POZOSTAJĄCYMI NA UTRZYMANIU*** NIE
* TAK
 |
| **OSOBA ŻYJĄCA W GOSPODARSTWIE SKŁADAJĄCYM SIĘ Z JEDNEJ OSOBY DOROSŁEJ I DZIECI POZOSTAJĄCYCH NA UTRZYMANIU*** NIE
* TAK
 |
| **OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (inne niż wymienione powyżej) w tym:*** NIE
* TAK
* ODMOWA PODANIA INFORMACJI
 |

…………………………………………… …………..……………………………………………………

 (miejscowość, data ) Podpis uczestnika projektu

Na podstawie uzyskanych informacji, wyrażam świadomą zgodę na udział w programie „Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców makroregionu północnego”.

 ……....…………………………………………………

 Data, czytelny podpis uczestnika programu

**Załącznik nr 2 do regulaminu**

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców makroregionu północnego** przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
	1. w odniesieniu do zbioru „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”:
3. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia
17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
4. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia
17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
5. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
	1. w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
6. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia
17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
7. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia
17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
8. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
9. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
10. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. **Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców makroregionu północnego** w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
11. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa, beneficjentowi – Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk - realizującemu projekt **Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców makroregionu północnego** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - ………………………………………………………………………………… ………………………………………………. (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.
12. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
13. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
14. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
15. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
16. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
17. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
18. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl lub adres poczty iod@uck.gda.pl (gdy ma to zastosowanie - należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Beneficjenta).
19. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
20. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

|  |  |
| --- | --- |
| ………….………………………… | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU[[1]](#footnote-1)\** |

**Załącznik nr 3 do regulaminu**

**OŚWIADCZENIE LEKARZA I UCZESTNIKA PROJEKTU O UDZIELONYM**

**ŚWIADCZENIU ZDROWOTNYM**

**Beneficjent:** Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

**Tytuł projektu:** Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców makroregionu północnego.

**Numer umowy:…………………………………………………………………………….……………………………………………………**

**Tytuł programu profilaktycznego:** Ogólnopolski program profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu - zgodna z wykazem stawek jednostkowych**  |  |
| Imię i nazwisko uczestnika |  |
| PESEL  |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Województwo |  |
| Data udzielenia świadczenia zdrowotnego |  |
| Podpis uczestnika projektu |  |
|  |
| Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego |  |
| Adres podmiotu leczniczego |  |
| Województwo |  |
| Data udzielenia świadczenia zdrowotnego |  |
| Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne |  |
| Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne |  |

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU - OSOBA ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI**

Jako uczestnik programu **„Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców makroregionu północnego”** oświadczam, że jestem osobą ze szczególnymi potrzebami (proszę uzupełnić poniżej):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

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

1. \* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-1)