Załącznik nr 8

……………………………….. ……………………………

 Pieczęć ośrodka Data

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Ja niżej podpisany/a

………………………………………………………………………………………. (imię i nazwisko)

………………………..(data urodzenia), ……………………………………..(pesel) potwierdzam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności określone w regulaminie konkursu tzn. jestem:

 osobą w wieku 50-64 (aktywną zawodowo)

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: świętokrzyskiego, małopolskiego, podkarpackiego

 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 pouczony/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.

Potwierdzam, iż otrzymałem/-am informacje o czynnikach ryzyka i metodach zapobiegania nowotworom skóry.

………………………………………….

 (Data, czytelny podpis Uczestnika)