Projekt „Program edukacyjno-profilaktyczny w zakresie próchnicy zębów dla młodzieży z uwzględnieniem grup obciążonych chorobami ogólnymi i niepełnosprawnością z makroregionu zachodniego.” Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego i wdrażany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, zgodnie z umową o dofinansowanie nr POWR.05.01.00-00-0027/20

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE - UCZESTNIK

Ja niżej podpisany/a

……
(imię i nazwisko zgłaszającego - uczestnika projektu lub rodzica - opiekuna prawnego ucznia)

deklaruję uczestnictwo

……..
(imię i nazwisko uczestnika projektu)

w Projekcie „Program edukacyjno-profilaktyczny w zakresie próchnicy zębów dla młodzieży z uwzględnieniem grup obciążonych chorobami ogólnymi i niepełnosprawnością z makroregionu zachodniego.” (POWR.05.01.00-00-0027/20) realizowanym przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Działania 5.1 Programy profilaktyczne

☐ **Zadanie 1 Działania edukacyjne**

☐ **Zadanie 2 Badania stomatologiczne wraz z instruktażem**

Jednocześnie oświadczam, iż:

- **wszystkie dane zawarte w Formularzu Osobowym są zgodne z prawdą**
- **zostałem(am) poinformowany(na), że projekt „Program edukacyjno-profilaktyczny w zakresie próchnicy zębów dla młodzieży z uwzględnieniem grup obciążonych chorobami ogólnymi i niepełnosprawnością z makroregionu zachodniego.” współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**
- **zapoznałem(am) się z Regulaminem projektu „Program edukacyjno-profilaktyczny w zakresie próchnicy zębów dla młodzieży z uwzględnieniem grup obciążonych chorobami ogólnymi i niepełnosprawnością z makroregionu zachodniego.” i zobowiązuję się do jego stosowania.**

Na dzień przystąpienia do projektu spełniam warunki kwalifikujące mnie do udziału w projekcie.
Wyrażam zgodę na badania ewaluacyjne, których celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczasowej pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników.

Miejscowość, data ……..

Imię i nazwisko (imię i nazwisko uczestnika projektu - ucznia lub rodzica - opiekuna prawnego ucznia)
** do 16 roku życia wyraża zgodę rodzic, u osób w wieku 16-18 lat rodzic i dziecko, powyżej 18 lat osoba pełnoletnia*

……..

Podpis (czytelny) (imię i nazwisko uczestnika projektu - ucznia lub rodzica - opiekuna prawnego ucznia) ** do 16 roku życia wyraża zgodę rodzic, u osób w wieku 16-18 lat rodzic i dziecko, powyżej 18 lat osoba pełnoletnia*