



Szpital Kliniczny
Przemienienia Pańskiego
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu



WIELKOPOLSKA ONKOLOGIA: Poprawa oraz dostosowanie diagnostyki i terapii nowotworów do trendów demograficzno-epidemiologicznych regionu z zapewnieniem optymalizacji postępowania i profilaktyki

Załącznik nr 2 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Wielkopolska Onkologia”

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„Wielkopolska Onkologia: Poprawa oraz dostosowanie diagnostyki i terapii nowotworów do trendów demograficzno – epidemiologicznych regionu z zapewnieniem postępowania i profilaktyki”

Ja, niżej podpisany/a,

Imię i Nazwisko

Adres Zamieszkania **niniejszym oświadczam, że**

- a) wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie** nr 326/07/13 „Wielkopolska Onkologia: Poprawa oraz dostosowanie diagnostyki i terapii nowotworów do trendów demograficzno – epidemiologicznych regionu z zapewnieniem postępowania i profilaktyki” Nr umowy 023/326/7/MFEOGNMF/2014/00/75/1164 przewidzianego do realizacji przez Szpital Kliniczny *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu, ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań, w ramach Programu PL07 Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno – epidemiologicznych dofinansowanego z Mechanizmu Finansowego EOG 2009-2014, Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014 oraz środków Ministerstwa Zdrowia.
- b) Jednocześnie oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności do udziału w projekcie (odpowiednie zaznaczyć):**
- Jestem lekarzem
- Jestem pielęgniarką/pielęgniarem
- Jestem pedagogiem/nauczycielem
- Jestem przedstawicielem samorządu
- Jestem pracownikiem stołówki szkolnej
- c) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz wizerunku w ramach Projektu „Wielkopolska Onkologia” w celach służących ewaluacji, monitoringowi i promocji projektu prowadzonych przez Beneficjenta Projektu Szpital Kliniczny *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu, który jest Administratorem Danych, Partnera Projektu Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu – Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Operatora Programu – Ministerstwo Zdrowia, Krajowy Punkt Kontaktowy i inne jednostki na ich zlecenie zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, ze zm.),**
- d) zapoznałam/em się i akceptuję treść Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Szkoleniach,**
- e) świadoma/y odpowiedzialności cywilnej za podawanie fałszywych informacji oświadczam, że dane podane w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą,**

Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania/ odmowa podpisania deklaracji jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu „Wielkopolska Onkologia”.

Miejscowość i Data

Czytelny Podpis

