

Załącznik nr 2 – Deklaracja uczestnictwa w projekcie / PACJENT

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**  
**pn. „Zrób kolonoskopię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego**  
**programu profilaktyki raka jelita grubego w województwie podlaskim.”**  
**(WND-RPPD.02.05.00-20-0017/18)**

Współfinansowanego z Unii Europejskiej ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020, Działanie 2.5 Aktywne i zdrowe starzenie się

Imię i nazwisko:																					
PESEL:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				

Ja niżej podpisany/a deklaruję udział w projekcie pn. „Zrób kolonoskopię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka jelita grubego w województwie podlaskim.”, realizowanym przez Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku w partnerstwie ze Szpitalem Wojewódzkim im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach i oświadczam, że:

- a) spełniam warunki udziału w projekcie tj. jestem osobą posiadającą miejsce zamieszkania (zgodnie z art.25 KC), miejsce pracy lub nauki na obszarze województwa podlaskiego, w dniu przystąpienia do Projektu mam ukończone 25 lat i nieukończone 65 lat i nie miałem/am wykonywanej kolonoskopii w ostatnich 10-ciu latach oraz spełniam następujące kryteria:

	<b>jestem w wieku 50-65 lat i kwalifikuję się do udziału w Projekcie niezależnie od wywiadu rodzinnego</b>
	<b>jestem w wieku 40-49 lat i mam krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego</b>
	<b>jestem w wieku 25 - 49 lat i jestem z rodziny z zespołem Lynch</b>

\*zaznacz „X” w odpowiedniej kratce

- b) zapoznałem/am się z regulaminem w/w Projekcie i akceptuję jego postanowienia;
- c) zobowiązuję się do wypełnienia niezbędnej dokumentacji, która jest wymagana w ramach Projektu, w tym złożenia oświadczeń niezbędnych do udzielania świadczeń;
- d) zostałem/am poinformowany/a, że podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
- e) zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020;
- f) wyrażam zgodę na wgląd do dokumentacji powstałej w trakcie realizacji Projektu, w celu kontroli przez wszystkie uprawnione do kontroli podmioty;
- g) zobowiązuję się do udzielenia niezbędnych informacji oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby monitoringu i ewaluacji Projektu;
- h) zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
- i) jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego (Dz.U. 2016, poz.1137).

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
PODPIS UCZESTNIKA