

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W REGIONALNYM PROGRAMIE ZDROWOTNYM W ZAKRESIE CHOROÓB KRĘGOSŁUPA I OTYŁOŚCI WŚRÓD DZIECI Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

Ja, niżej podpisana(y), oświadczam, że uzyskałam (em) informacje dotyczące programu oraz otrzymałam (em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział:

.....
(czytelnie drukowanymi literami imię i nazwisko Dziecka oraz oznaczenie szkoły i klasy do której uczęszcza)

w projekcie pn. „Wdrożenie i realizacja programu wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci klas I-VI szkół podstawowych, w zakresie otyłości i chorób kręgosłupa, w CM ARNICA w Starych Babicach”, w ramach programu pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego”, i jestem świadoma (y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział dziecka w dalszej jego części bez podania przyczyny.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Jestem rodzicem/opiekunem wyżej wymienionego dziecka i mogę w jego imieniu dokonywać czynności prawnych,
2. Wyżej wymienione dziecko nie korzysta w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz nie brało wcześniej udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z EFS, np. u innego beneficjenta realizującego program pn. „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego”.

Przez podpisanie zgody na udział w ww. programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Otrzymam kopię niniejszego formularza, opatrzone podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu oraz wykorzystywanie wizerunku dziecka na potrzeby promocji projektu pn. „Wdrożenie i realizacja programu wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci klas I-VI szkół podstawowych, w zakresie otyłości i chorób kręgosłupa, w CM ARNICA w Starych Babicach”, zgodnie z obowiązującym prawem.

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna (ręką rodzica/opiekuna dziecka, drukowanymi literami) data i podpis

ORYGINAŁ/KOPIA

