**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**„Program rehabilitacji leczniczej w przewlekłych chorobach kości i stawów oraz mięśni w Częstochowie i powiecie częstochowskim, w poradni Nasza Przychodnia”**

**Numer projektu: WND-RPSL.08.03.02.-24-00F5/19**

**Projektodawca: Nasza Przychodnia Sp. z o.o.**

.............................................................................

(Imię i nazwisko Uczestnika)

............................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 (adres)

Numer PESEL:

1. Ja, niżej podpisany deklaruję udział w projekcie pt. „**Program rehabilitacji leczniczej w przewlekłych chorobach kości i stawów oraz mięśni w Częstochowie i powiecie częstochowskim, w poradni Nasza Przychodnia**” numer **WND-RPSL.08.03.02.-24-00F5/19** współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej (Europejskiego Funduszu Społecznego) w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa VIII Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy, Działanie 8.3 Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy, Poddziałanie 8.3.2 Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej – konkurs.
2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie „**Program rehabilitacji leczniczej w przewlekłych chorobach kości i stawów oraz mięśni w Częstochowie i powiecie częstochowskim, w poradni Nasza Przychodnia**”.
3. Zobowiązuję się do uczestnictwa w Kompleksowej rehabilitacji leczniczej, obejmującej zakres usług wykazanych w Indywidualnym planie rehabilitacyjnym (dotyczy Uczestników, u których nie zostaną stwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej, udzielającego świadczeń w Programie, przeciwskazania zdrowotne do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym).
4. W przypadku rezygnacji, zobowiązuje się do złożenia pisemnego oświadczenie o rezygnacji oraz dokumentacją potwierdzającą brak możliwości kontynuacji udziału w projekcie (dokumentacja medyczna lub inna w przypadku zdarzenia losowego).
5. Zobowiązuję się, w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie, udostępnić dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, potwierdzone stosownym dokumentem.
6. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Projektodawcy zaświadczenia o zatrudnieniu – w przypadku podjęcia pracy/kontynuacji zatrudnienia, a w przypadku rozpoczęcia/kontynuowania prowadzenia działalności gospodarczej – dokumentu potwierdzającego fakt prowadzenia działalności gospodarczej
7. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
8. Zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
9. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
10. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

............................................... ………………..………………………………

 MIEJSCOWOŚĆ, DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

**ZGODA NA UDZIAŁ W KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI LECZNICZEJ W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU REHABILITACJI OSÓB Z PRZEWLEKŁYMI CHOROBAMI UKŁADU KOSTNO - STAWOWEGO I MIĘŚNIOWEGO NA LATA 2019-2022**

Kompleksowa rehabilitacja lecznicza realizowana jest w ramach projektu „**Program rehabilitacji leczniczej w przewlekłych chorobach kości i stawów oraz mięśni w Częstochowie i powiecie częstochowskim, w poradni Nasza Przychodnia**”, numer projektu **WND-RPSL.08.03.02.-24-00F5/19**, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej (Europejskiego Funduszu Społecznego) w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa VIII Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy, Działanie 8.3 Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy, Poddziałanie 8.3.2 Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej – konkurs

Projektodawca: **Nasza Przychodnia Sp. z o.o.**

.............................................................................

(Imię i nazwisko Uczestnika)

............................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 (adres)

Numer PESEL:

Wyrażam zgodę na udział w Kompleksowej rehabilitacji leczniczej realizowanej w ramach REGIONALNEGO PROGRAMU REHABILITACJI OSÓB Z PRZEWLEKŁYMI CHOROBAMI UKŁADU KOSTNO - STAWOWEGO I MIĘŚNIOWEGO NA LATA 2019-2022.

...................................................................

 Data i podpis uczestnika projektu