DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
I OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI

imię i nazwisko……..……

zamieszkała/-y ……..……...

Ja, niżej podpisany/a deklaruję uczestnictwo w projekcie realizowanym przez TELERADIODIAGNOSTA ANNA SUDOŁ ***pn. „Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa związanych z warunkami pracy wśród mieszkańców województwa zachodniopomorskiego”***, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027, Priorytetu 6 Fundusze Europejskie na rzecz aktywnego Pomorza Zachodniego, Działanie 6.7 Aktywne starzenie się w dobrym zdrowiu, typ 4, nr projektu FEPZ.06.07-IP.01-0001/25.

Jednocześnie oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności do udziału w projekcie, tj. (proszę zaznaczyć tylko jedną opcję):

- □ reprezentuję personel medyczny (lekarze, fizjoterapeuci, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej) wykonujący zawód na terenie województwa zachodniopomorskiego oraz deklaruję swój udział w działaniach edukacyjnych przewidzianych w projekcie;
- □ jestem osobą w wieku 30 lat i więcej, zamieszkałą na terenie województwa zachodniopomorskiego, czynną zawodowo (pracującą lub zarejestrowaną jako osoba bezrobotna), uskarżającą się na bóle kręgosłupa trwające powyżej 3 miesięcy lub posiadającą co najmniej jeden z czynników zwiększających ryzyko pojawienia się przewlekłego bólu kręgosłupa, tj. palenie tytoniu, cukrzyca, choroby naczyń krwionośnych, infekcje, podeszły wiek, przewlekły stres, depresja, nadwaga, słaba kondycja fizyczna, podnoszenie dużych ciężarów, częste dźwiganie, poddawanie ciała działaniu wibracji, częste wykonywanie ruchów pochylania lub skręcania tułowia, długotrwałe przyjmowanie niewygodnych pozycji, oraz deklaruję chęć udziału we wszystkich działaniach w projekcie, akcjach edukacyjnych oraz działaniach rehabilitacji ruchowej.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem projektu i akceptuję jego postanowienia.

☐ TAK ☐ NIE Wyrażam zgodę na nieodpłatne i niewyłączne utrwalenie, wykorzystanie i publikację mojego wizerunku na potrzeby projektu i jego promocji oraz promocji Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027.

Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalenie i powielenie wykonanych zdjęć i nagrań w dowolnej formie, dowolnymi metodami, za pomocą dowolnych technik, w tym ich zwielokrotnienie w celach, o których mowa powyżej, nie wyłączając publikacji w gazetach, czasopismach, folderach, publikacjach elektronicznych, stronach internetowych, billboardach, wystawach, konkursach i innych mediach.
Zgoda jest dobrowolna a jej brak nie wpływa na możliwość udziału w projekcie. Zgodę mogę w każdej chwili wycofać, co nie wpływa na zgodność z prawem wykorzystania wizerunku przed jej wycofaniem. Zgoda obowiązuje przez okres realizacji projektu oraz przechowywania jego dokumentacji.

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z całością treści powyższych deklaracji, w pełni je rozumiem i akceptuję.

Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych oświadczeń lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w niniejszym dokumencie są prawdziwe.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych w związku z udziałem w projekcie, w tym danych dotyczących zdrowia, stanowiącą załącznik do Regulaminu projektu.

.....	.....
miejscowość i data	*czytelny podpis uczestnika*

II. OŚWIADCZENIE O STATUSIE: UCZESTNIKA OTRZYMUJĄCEGO WSPARCIE - OSOBA PRACUJĄCA*

Niniejszym oświadczam, że

……
(imię i nazwisko)

– jestem pracownikiem ……..……..……..……..... *

– jestem zatrudniona/y na stanowisku ……..……

*

– prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą (nazwa, NIP) ……..……

……..……*

……
data i czytelny podpis uczestnika

** niepotrzebne skreślić*

III. OŚWIADCZENIE O STATUSIE: UCZESTNIKA OTRZYMUJĄCEGO WSPARCIE - OSOBA BEZROBOTNA*

Niniejszym oświadczam, że

……..……
(imię i nazwisko)

– jestem zarejestrowany/a jako osoba bezrobotna w (nazwa powiatowego urzędu pracy)

……..……

– deklaruję gotowość do podjęcia pracy

……
data i czytelny podpis uczestnika