Deklaracja uczestnictwa w projekcie*

nr projektu: WND-RPPD.02.05.00-20-0011/17pt.:„Wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców Podlasia oraz wzrost wykrywalności raka jelita grubego poprzez zwiększenie liczby osób objętych badaniami kolonoskopowymi”

	Lp.	**Nazwa**	
Dane uczestnika	1	Imię (imiona)	
	2	Nazwisko	
	3	Płeć	
	4	Wiek w chwili przystępowania do projektuw systemie zapraszanym: 55-64 lata w systemie oportunistycznym (na podstawie zgłoszenia): - 50 – 65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego, - 40 – 49 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego (oświadczenie) - 49 lat z rodziny z zespołem Lyncha (oświadczenie) Data urodzenia	
	5	PESEL	
	6	Wykształcenie	
	7	Zawód wykonywany	
Dane kontaktowe *adres kontaktowy (korespondencyjny)*	8	Ulica	
	9	Nr domu	
	10	Nr lokalu	
	11	Miejscowość	
	12	Obszar *(Należy wskazać czy miejscowość wymieniona w punkcie 11 leży na obszarze miejskim czy obszarze wiejskim)*	

	13	Kod pocztowy		
	14	Województwo (podlaskie)		
	15	Powiat		
	16	Telefon stacjonarny		
	17	Telefon komórkowy		
	18	Adres poczty elektronicznej (e-mail)		
Dane dodatkowe	19	Czynniki ryzyka	zawał serca przebyty w ciągu ostatnich 3 miesięcy, ostra choroba zapalna jelit.	
			ostra niewydolność krążeniowa lub oddechowa	
			ostra choroba zapalna jelit	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	20	*(należy wpisać datę podpisania deklaracji uczestnictwa w projekcie)*		

1. Oświadczam, iż podane wyżej dane są zgodne z prawdą.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby do monitoringu, sprawozdawczości i ewaluacji programu.
3. Oświadczam, iż spełniam warunki kwalifikujące mnie do udziału w projekcie.
4. Wyrażam zgodę na badanie ewaluacyjne, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników.
5. Oświadczam, że zostałem poinformowany o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

_____

Fundusze Europejskie
Program Regionalny

Podlaskie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

Czytelny podpis pacjenta
składającego oświadczenie