

Załącznik nr 2 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie

„Wspierająca opieka zdrowotna nad osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w Powiecie M. Sosnowiec”

Oświadczenie kandydata/kandydatki do udziału w projekcie

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania:

W związku z prowadzoną rekrutacją do projektu pn. „**Wspierająca opieka zdrowotna nad osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w Powiecie M. Sosnowiec**”,
że:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Hospicjum Sosnowieckie, do celów związanych z rekrutacją, realizacją projektu, jego monitoringiem i ewaluacją, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych.

2. Przyjmuję do wiadomości, iż:

a) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do przeprowadzenia rekrutacji i uczestnictwa w projekcie. Odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości zakwalifikowania do projektu oraz udzielenia wsparcia w ramach projektu.

b) Projekt konkursowy „Wspierająca opieka zdrowotna nad osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w Powiecie M. Sosnowiec” jest realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego.

c) Zapoznałem/am się z regulaminem uczestnictwa w projekcie.

.....
Czytelny podpis kandydata/kandydatki*

*W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna, tj. osobę, której powierzono sprawowanie opieki na zasadach określonych w kodeksie rodzinnym i opiekuńczym.