



DEKLARACJA UCZESTNICTWA - DZIECKO

Ja, niżej podpisany/a, jako opiekun prawny dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka, czytelnie)

Zamieszkałego
(adres z kodem pocztowym)

data i miejsce urodzenia dziecka:

PESEL dziecka:

Płeć dziecka*: Kobieta/ Mężczyzna

Obszar zamieszkania*: wiejski / miejski

zgłaszam udział w/w dziecka do projektu „**Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem na obszarze północnym województwa opolskiego**” nr umowy RPOP.08.01.00-16-0034/16-00, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020 realizowanego przez NZOZ ZDROWA RODZINA S.C. R.MEHL E.JANIUK G.ZIMNAL z siedzibą w Opolu, 45-715 Opole, ul. Krapkowicka 10A wraz z partnerami: a) Mączka – lekarze ginekologzy – Spółka partnerska z siedzibą w Opolu, ul. Krzemieniecka 66 lok. 9, 45-401 Opole, b) „DOMOWE HOSPICIUM DLA DZIECI” W OPOLU z siedzibą w Opolu, 45-071 Opole, ul. Armii Krajowej 11-13, c) OLIO Gabriela Eliaz-Lukasiewicz z siedzibą w Opolu, 45-738 Opole, ul. Chmielowicka 36 lok. 6, d) Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku, 46-200 Kluczbork, ul. Skłodowskiej-Curie 23,

Oświadczam, że dziecko spełnia następujące kryteria udziału w projekcie:

1. Jest noworodkiem lub dzieckiem do 2 roku życia.
2. Zamieszkuje teren województwa opolskiego.

Oświadczam, że dziecko nie skorzystało z tej samej formy wsparcie z innego projektu finansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach działania 8.1 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych (w zakresie kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem) RPO WO 2014-2020.

W związku z obowiązkiem informacyjno-promocyjnym zapisanym w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17grudnia 2013 r. oraz Rozporządzeniu Wykonawczym Komisji (UE) Nr 821/2014 z dnia 28 lipca 2014r. wyrażam zgodę na: Rozporządzenia 1303/2013 oraz Rozporządzenia 1304/2013

- utrwalanie wizerunku dziecka na zdjęciach, filmach,
- publikowanie zdjęć dziecka na stronie internetowej projektu,
- publikowanie zdjęć dziecka w prasie lokalnej i regionalnej.

.....

.....



(Czytelny podpis opiekuna)

(Data podpisania)

Dane uczestników projektów otrzymujących wsparcie w ramach EFS DZIECKO

	Lp.	Nazwa *pola wymagane
Dane uczestnika projektu	1	Imię (imiona):*
	2	Nazwisko:*
	3	Płeć:*
	4	PESEL:*
	5	Kraj:
	6	Wiek w chwili przystąpienia do projektu:
	7	Wykształcenie Niższe niż podstawowe (ISCED0)
Dane adresowe	8	Województwo*:
	9	Powiat*:
	10	Gmina*:
	11	Miejscowość*:
	12	Ulica*:
	13	Nr budynku*:
	14	Nr lokalu*:
	15	Kod pocztowy*:
	16	Telefon kontaktowy opiekuna*:
17	Adres e-mail*:	
Dane dodatkowe	18	Obszar zamieszkania*: miejski/wiejski
	19	Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu* (proszę wybrać): <ol style="list-style-type: none"> 1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <ol style="list-style-type: none"> a) Nie b) Odmowa podania informacji c) Tak 2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z do-

		<p>stępu do mieszkania</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Tak b) Nie <p>3. Osoba z niepełnosprawnością</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Nie b) Odmowa podania informacji c) Tak
--	--	--

Data

Czytelny podpis opiekuna

.....



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

