

# Formularz rekrutacyjny

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa projektu** |
| 1 | Tytuł projektu: „Poprawa stanu zdrowia w zakresie chorób kręgosłupa wśród dzieci z klas I-VI z terenu powiatu mińskiego” |
| 2 | Nr projektu: RPMA.09.02.02-14-b256/18-00 |
| 3 | Realizator projektu: Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej  w Mińsku Mazowieckim |
| 4 | Oś priorytetowa IX „Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem” |
| 5 | Działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej |
| 6 | Poddziałanie 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych Regionalnego  Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 |

**Dane uczestnika projektu, który otrzymuje wsparcie w ramach EFS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane uczestnika** | Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Płeć |  |
| Wiek w chwili  przystępowania do projektu |  |
| Klasa |  |
| Adres placówki  oświatowej, do której uczęszcza uczestnik |  |
| PESEL |  |
| **Dane kontaktowe rodzica/opiekuna prawnego** | Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Obszar (miejski  /wiejski) |  |
| Kod pocztowy |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Telefon |  |
| Adres e-mail |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Przynależność do |  |
|  | mniejszości | □ Tak |
|  | narodowej/etnicznej, | □ Nie |
|  | imigrant, osoba obcego |  |
| **Dane dodatkowe dotyczące uczestnika projektu** | pochodzenia |  |
| Posiadanie statusu  osoby niepełnosprawnej | * Tak * Nie |
| Osoba o niskim statusie | □ Tak |
|  | materialnym | □ Nie |
|  | Osoba w innej | □ Tak |
|  | niekorzystnej sytuacji | □ Nie |
|  | społecznej |  |

## OŚWIADCZENIE

1. Deklaruję chęć udziału ……………………………………………….…, którego jestem rodzicem/opiekunem prawnym w projekcie **nr RPMA.09.02.02-14-b256/18-00 „Poprawa stanu zdrowia w zakresie chorób kręgosłupa wśród dzieci z klas I-VI z terenu powiatu mińskiego”** i zobowiązuję się respektować wszystkie zasady uczestnictwa w nim.

## Oświadczam, że zapoznałam/em się z warunkami uczestnictwa w projekcie, zawartymi w „Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie”, spełniam warunki kwalifikacji do projektu i akceptuję zasady udziału w nim.

1. Wyrażam zgodę na upublicznienie wizerunku uczestnika projektu w celach niezbędnych do dokumentacji audiowizualnej oraz w ramach działań związanych z promocją projektu opisanych w „Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie”.
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Świadomy/a odpowiedzialności prawnej związanej ze składaniem nieprawdziwych oświadczeń stwierdzam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

……………………. ……………………………………………………

miejscowość, data czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego uczestnika projektu