

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE:
„PROFILAKTYKA PRÓCHNICY - UGRYŻ Z NAMI TEN TEMAT - program edukacyjno -
profilaktyczny w zakresie próchnicy zębów dla młodzieży województwa pomorskiego,
warmińsko-mazurskiego i kujawsko - pomorskiego”, nr POWR.05.01.00-00-0024/20**

Deklaruję uczestnictwo

[imię i nazwisko ucznia]

którego jestem rodzicem/opiekunem prawnym w projekcie „**PROFILAKTYKA PRÓCHNICY - UGRYŻ Z NAMI TEN TEMAT - program edukacyjno - profilaktyczny w zakresie próchnicy zębów dla młodzieży województwa pomorskiego, warmińsko-mazurskiego i kujawsko - pomorskiego**” realizowanym przez **ARTMEDICA Sp. z o.o.** w okresie od daty rozpoczęcia udziału w projekcie (data objęcia pierwszym wsparciem w ramach projektu), do chwili zakończenia udziału w projekcie (data udzielenia ostatniego wsparcia w ramach projektu). Projekt jest współfinansowany ze środków europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz dotacji celowej (budżetu państwa) w ramach Działania 5.1 „Programy profilaktyczne” Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER).

- *Oświadczam, że osoba, którą udział w projekcie deklaruję spełnia warunki kwalifikujące do udziału w projekcie – przynależy do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opiszem Osi Priorytetowych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 zatwierdzonym Rocznym Planem Działania/zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu;*
- *Oświadczam, iż w przypadku przyjęcia mojego dziecka/prawnego podopiecznego do wsparcia w ramach projektu zobowiązuję się do jego udziału we wsparciu w ramach projektu;*
- *Oświadczam, iż w przypadku przyjęcia ucznia do wsparcia w ramach projektu zobowiązuję się do jego uczestnictwa w badaniu efektów i zadowolenia ze wsparcia;*
- *Oświadczam, iż zostałem poinformowany/a, iż złożenie niniejszej deklaracji uczestnictwa w projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem ucznia do projektu;*
- *Jako rodzic/opiekun prawny wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka/podopiecznego w badaniu stomatologicznym w ramach projektu;*
- *Przyjmuję do wiadomości, że:*
 - a) *podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.*
 - b) *mam prawo dostępu do treści moich danych i ich poprawiania.*
 - c) *będę informować o wszelkich zmianach danych kontaktowych;*
- *Potwierdzam, że oświadczenia złożone na etapie rekrutacji są aktualne na dzień przystąpienia do projektu;*
- *Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy, oświadczam, że dane zawarte w dokumentach rekrutacyjnych (m.in. formularz zgłoszeniowy, oświadczenia) są zgodne z prawdą.*

Miejscowość, Data

CZYTELNY podpis¹

¹ Jako czytelny podpis rozumiany jest **wyraźny** podpis **pełnym imieniem i nazwiskiem**. W przypadku osób niepełnoletnich dokument podpisuje jeden z rodziców/opiekun prawny.

