

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY LEKARZA PEDIATRY

I. DANE OSOBOWE:

| | | | | |
|--|--------------|--|------------|--|
| Imię | | | | |
| Nazwisko | | | | |
| Dane kontaktowe | ulica, numer | | | |
| | kod pocztowy | | miejsowość | |
| | gmina | | powiat | |
| | województwo | | | |
| | nr telefonu | | email | |
| Placówka (nazwa miejsca pracy) | | | | |

II. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:

- dobrowolnie deklaruję uczestnictwo w projekcie „Edukacja, promocja i profilaktyka w kierunku zdrowia jamy ustnej skierowana do małych dzieci, ich rodziców, opiekunów i wychowawców”,
- zostałem poinformowany/a, iż Projekt jest dofinansowany przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej,
- moje dane przedstawione w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą,
- deklaruję swój udział w zajęciach w ramach Edukacji Pośredniej,
- wyrażam zgodę na udział w badaniach ewaluacyjnych w trakcie realizacji Projektu (tj. nie później niż do 31 grudnia 2016 r.), zgodnie z wytycznymi dla Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy,
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby Projektu zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r., Nr 101, poz. 926 z póź.zm.) w zakresie koniecznym do prawidłowego przeprowadzenia rekrutacji, w celach promocji oraz ewaluacji Projektu. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/o o prawie dostępu do danych i prawie ich poprawiania.

_____ (podpis uczestnika/uczestniczki)