



## DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

dla uczestnika objętego wsparciem w ramach projektu pn.  
**„Pro life+ Program profilaktyki raka jelita grubego dla osób z terenu powiatu suskiego, wadowickiego i oświęcimskiego” RPMP.08.06.02-12-0330/20**

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU:	
IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
DATA URODZENIA	

W związku z przystąpieniem do projektu „Pro life+ Program profilaktyki raka jelita grubego dla osób z terenu powiatu suskiego, wadowickiego i oświęcimskiego” RPMP.08.06.02-12-0330/20, realizowanego przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchoj Beskidzkiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, 8 Oś Priorytetowa Rynek pracy, Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużenia aktywności zawodowej, Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne — dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego - uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, dobrowolnie deklaruje udział w przedmiotowym Projekcie i jednocześnie zobowiązuje się do:

- przystąpienia do badania przesiewowego – kolonoskopii w znieczuleniu (jeśli pacjent wyraża zgodę oraz są do tego wskazania lekarza)
- przedkładania Zespołowi Opieki Zdrowotnej w Suchoj Beskidzkiej wszelkich informacji i dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji Projektu

MIJSCOWOŚĆ I DATA	
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU	

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż nie korzystam/nie korzystałem(am) z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

MIJSCOWOŚĆ I DATA	
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU	



## OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW KWALIFIKACYJNYCH UCZESTNIKA PROJEKTU

dla uczestnika objętego wsparciem w ramach projektu pn.  
„Pro life+ Program profilaktyki raka jelita grubego dla osób z terenu powiatu suskiego, wadowickiego i oświęcimskiego” RPMP.08.06.02-12-0330/20

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU:	
IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
DATA URODZENIA	
DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE <i>(wypełnia realizator Projektu)</i>	

Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani sytuacji w momencie rozpoczęcia udziału w Projekcie:		
Jestem osobą w wieku aktywności zawodowej zamieszkałą / pracującą / uczącą się na terenie województwa małopolskiego w:		
<input type="checkbox"/> powiat suski	<input type="checkbox"/> powiat wadowicki	<input type="checkbox"/> powiat oświęcimski
Nie posiadam objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita	<input type="checkbox"/>	
Nie miałam/em wykonanej kolonoskopii w ciągu ostatnich 10 lat (nie dotyczy osób z rodzin, w których wystąpił dziedziczny rak jelita grubego niezwiązanych z polipowatością (HNPCC)	<input type="checkbox"/>	
Jestem w wieku 50-65 lat (niezależnie od wywiadu rodzinnego)	<input type="checkbox"/>	
Jestem w wieku 40-49 lat, i mam krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci), u którego rozpoznano raka jelita grubego	<input type="checkbox"/>	
Jestem w wieku 25-49 lat z rodziny z zespołem Lyncha	<input type="checkbox"/>	
Jestem w wieku od 20 do 49 lat pochodzące z rodziny z zespołem polipowatości rodzinnej gruczolakowatej – FAP	<input type="checkbox"/>	

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje na podstawie krajowych rejestrów pod względem ich zgodności z prawdą.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, dobrowolnie deklaruję udział w przedmiotowym Projekcie.

MIEJSCOWOŚĆ I DATA	
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU	



## OŚWIADCZENIE

dla uczestnika objętego wsparciem w ramach projektu pn.  
**„Pro life+ Program profilaktyki raka jelita grubego dla osób z terenu powiatu suskiego, wadowickiego i oświęcimskiego” RPMP.08.06.02-12-0330/20**

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU:	
IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
DATA URODZENIA	

Ja niżej podpisany/a potwierdzam odbiór w dniu ..... preparatu czyszczącego FORTRANS w ilości 1 opakowanie, tj.: 4 saszetki do badania kolonoskopowego.

Jednocześnie zobowiązuję się do zwrotu całkowitego kosztu preparatu czyszczącego FORTRANS w wysokości .....(zł) w Kasie Zespołu Opieki Zdrowotnej w Suchoj Beskidzkiej w przypadku niezgłoszenia się na badanie w wyznaczonym terminie lub rezygnacji z badania w terminie 7 dni od planowanej daty badania.

PODPIS OSOBY WYDAJĄCEJ PREPARAT	
CZYTELNY PODPIS OSOBY ODBIERAJĄCEJ PREPARAT	