



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Profilaktyka otyłości wśród dzieci z klas I-VI szkół podstawowych”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu

„Profilaktyka otyłości wśród dzieci z klas I-VI szkół podstawowych”

Formularz Zgłoszeniowy kandydata/kandydatki na uczestnika/uczestniczkę projektu powinien być wypełniony elektronicznie (czcionka wielkości minimum 10) lub odręcznie (czytelnie) w języku polskim i czytelnie podpisany imieniem i nazwiskiem w wyznaczonych miejscach. W przypadku osób niepełnoletnich wymagany jest podpis rodzica/opiekuna prawnego. Warunkiem rozpatrzenia formularza jest wypełnienie wszystkich wymaganych pól. Należy zaznaczyć znakiem ‘x’ odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru (np. *tak, nie*). Każde pole powinno być wypełnione (zaznaczone *tak* lub *nie*).

UWAGA! Przed rozpoczęciem wypełniania Formularza Zgłoszeniowego należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Profilaktyka otyłości wśród dzieci z klas I-VI szkół podstawowych”.

Złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.

Część I – dane kandydata/kandydatki do udziału w projekcie	
	Imię (imiona)
	Nazwisko
	PESEL
Adres zamieszkania	Województwo, Powiat, Miasto
	Dzielnica
	Kod pocztowy
	Ulica
	Nr domu
	Nr mieszkania
Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy
	Adres e-mail
	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)
Dane osobowe opiekuna	Imię i nazwisko
	Telefon kontaktowy
Wykształcenie (należy zaznaczyć X przy	Brak <i>Brak formalnego wykształcenia</i>



odpowiedniej pozycji)	Podstawowe <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i>	
	Gimnazjalne <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej</i>	
	Ponadgimnazjalne <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe).</i>	
	Pomaturalne <i>Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym.</i>	
	Wyższe <i>Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym (licencjat, magisterium lub równorzędne)</i>	

Część II - Oświadczenia rodzica/opiekuna prawnego uczestnika

		TAK	NIE
Oświadczam, że: (należy zaznaczyć X przy odpowiedniej pozycji)	Ja oraz moje dziecko zgłaszane do projektu jesteśmy mieszkańcami województwa mazowieckiego tj. osobami fizycznie mieszkającymi na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego;		
	Dziecko zgłaszane do projektu jest uczniem klas I-VI szkoły podstawowej		
	Dziecko zgłaszane do projektu jest uczęszcza do placówki oświatowej znajdującej się na terenie województwa mazowieckiego.		
	U dziecka zgłaszanego do projektu nie występują medyczne przeciwwskazania do pobierania świadczeń udzielanych w ramach projektu.		
	Dziecko, które niniejszym zgłaszam do programu, wymienione w świadomej zgodzie na udział w programie, nie korzysta ze zbieżnych świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz nie bierze i nie brało wcześniej udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z EFS np. u innego beneficjenta realizującego program pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego”.		
	Przynależę do mniejszości narodowej/etnicznej		
	Posiadam status imigranta		
	Posiadam status osoby niepełnosprawnej		

JA NIŻEJ PODPISANY/A

OŚWIADCZAM, że :



1. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 § 1 oraz art. 297 Kodeksu karnego i przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje.
2. Dane zawarte w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym, **w tym wszystkie oświadczenia** są zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem/-am się z postanowieniami Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Profilaktyka otyłości wśród dzieci z klas I-VI szkół podstawowych”, akceptuję jego postanowienia, spełniam kryteria uczestnictwa określone w nim i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie zobowiązuję się do jego bezwzględnego przestrzegania.
4. Deklaruję swój udział w projekcie „Profilaktyka otyłości wśród dzieci z klas I-VI szkół podstawowych” w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim.
5. Deklaruję uczestnictwo w określonych dla mnie formach wsparcia w projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora projektu.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Lider - "TROJANÓW" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz Partner - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stężyca S.C. Anna Karolina Nowak, Łukasz Nowak, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2015r. poz. 2135),
7. Zostałem/-am poinformowany/-a o współfinansowaniu projektu „Profilaktyka otyłości wśród dzieci z klas I-VI szkół podstawowych”, ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020.
8. Zostałem/-am poinformowany/-a na etapie składania dokumentów rekrutacyjnych do powyższego projektu o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w innej niekorzystnej sytuacji społecznej).

dnia.....

.....

Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

W przypadku składania oświadczenia przez osobę niepełnoletnią powinno ono być podpisane również przez rodzica/opiekuna prawnego.



Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Profilaktyka otyłości wśród dzieci z klas I-VI szkół podstawowych”

OŚWIADCZENIE

o spełnieniu kryteriów grupy docelowej

Ja, niżej podpisany/- PESEL:.....

świadomy/-a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, że spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie „Profilaktyka otyłości wśród dzieci z klas I-VI szkół podstawowych”/ osoba, której jestem opiekunem prawnym spełnia kryteria tj.

1. W momencie aplikowania do programu nie korzysta ze zbieżnych świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz nie bierze i nie brało wcześniej udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z EFS np. u innego beneficjenta realizującego program pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego”.

2. Uczestnik programu w momencie kwalifikacji jest uczniem klas I-VI szkoły podstawowej.

3. Uczestnik programu w momencie kwalifikacji uczęszcza do placówki oświatowej znajdującej się na terenie województwa mazowieckiego.

4. Uczestnik posiada potwierdzoną otyłość. Weryfikacja tego kryterium nastąpi na podstawie:

a) weryfikacji przedstawionej dokumentacji medycznej potwierdzającej choroby kręgosłupa uczestnika lub/i

b) badania podczas kwalifikacji uczestników.

5. U uczestnika programu w momencie aplikowania nie występują medyczne przeciwwskazania do pobierania świadczeń udzielanych w ramach programu.

6. zgłaszam dobrowolną chęć uczestnictwa w projekcie „Profilaktyka otyłości wśród dzieci z klas I-VI szkół podstawowych”

dnia.....

Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

W przypadku składania oświadczenia przez osobę niepełnoletnią powinno ono być podpisane również przez rodzica/opiekuna prawnego

*zaznacz właściwe



Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Profilaktyka otyłości wśród dzieci z klas I-VI szkół podstawowych”

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„Profilaktyka otyłości wśród dzieci z klas I-VI szkół podstawowych”

Ja niżej podpisany/-a:

.....

Imię i Nazwisko

deklaruję przystąpienie do udziału w Projekcie „Profilaktyka otyłości wśród dzieci z klas I-VI szkół podstawowych” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Jednocześnie:

1. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o zasadach udziału w Projekcie „Profilaktyka otyłości wśród dzieci z klas I-VI szkół podstawowych” i zgodnie z wymogami jestem uprawniona/y do uczestnictwa w nim/ dziecko które zgłaszam jest uprawnione.
2. Oświadczam, że zobowiązuję się do wypełnienia wszystkich dokumentów w trakcie udziału w Projekcie dostarczanych przez Lider - "TROJANÓW" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz Partner - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stężyca S.C. Anna Karolina Nowak, Łukasz Nowak.
3. Zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów rekrutacyjnych po zakwalifikowaniu się do udziału w Projekcie.
4. Oświadczam, że spełniam kryteria grupy docelowej określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
5. Oświadczam, że przystępuję do Projektu z własnej woli i inicjatywy.
6. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny, iż Projekt „Profilaktyka otyłości wśród dzieci z klas I-VI szkół podstawowych” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
7. Oświadczam, że zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa w Projekcie. Jednocześnie oświadczam, iż w przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie, nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do jednostek realizujących Projekt związanych z procesem naboru.
8. Oświadczam, że podane przeze mnie dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Zostałam/em poinformowany, iż mogę zostać pociągnięta/y do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
9. Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb procesu rekrutacji, promocji, realizacji, monitoringu i ewaluacji Projektu.

dnia.....

.....

Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki
W przypadku składania oświadczenia przez osobę niepełnoletnią powinno ono być podpisane również przez rodzica/opiekuna prawnego.



Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Profilaktyka otyłości wśród dzieci z klas I-VI szkół podstawowych”

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W REGIONALNYM PROGRAMIE ZDROWOTNYM W ZAKRESIE CHOROÓB KRĘGOSŁUPA I OTYŁOŚCI WŚRÓD DZIECI Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

Ja niżej ja podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) informacje dotyczące programu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział:

.....
Imię i nazwisko dziecka, drukowanymi literami

w programie pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego” i jestem świadoma(y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział dziecka w dalszej jego części bez podania przyczyny.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. jestem rodzicem/opiekunem wyżej wymienionego dziecka i mogę w jego imieniu dokonywać czynności prawnych,
2. wyżej wymienione dziecko nie korzysta w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz nie bierze udziału i nie brało wcześniej udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z EFS np. u innego beneficjenta realizującego program pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego”.

Przez podpisanie zgody na udział w w/w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna (ręką rodzica/opiekuna dziecka, drukowanymi literami)
data i podpis

ORYGINAŁ/KOPIA



Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Profilaktyka otyłości wśród dzieci z klas I-VI szkół podstawowych”

Oświadczenie uczestnika Projektu

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Profilaktyka otyłości wśród dzieci z klas I-VI szkół podstawowych” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
 - 1) Zarząd Województwa Mazowieckiego dla Zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, będący Instytucją Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Jagiellońskiej 26, 03-719 Warszawa;
 - 2) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla Zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 04.05.2016, str. 1) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do Zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r.



- poz. 1460, z późn. zm.);
- 2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
 - d) rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi;
 3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Profilaktyka otyłości wśród dzieci z klas I-VI szkół podstawowych”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020;
 4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Mazowieckiej Jednostki Wdrażania Programów Unijnych (MJWPU), ul. Jagiellońska 74, 03-301 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt - "TROJANÓW" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul Stanisława Staszica 1, 05-800 Pruszków oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stężyca S.C. Anna Karolina Nowak, Łukasz Nowak, ul. Królewska 2, 08-540 Stężyca. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrolę i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020;
 5. Podanie danych jest wymogiem ustawowym, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;



6. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji;
7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.
8. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@mazovia.pl.
9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Mam prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz usunięcia.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu*

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.



Załącznik nr 7 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Wsparcie dzieci w walce z otyłością”

Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW REGIONALNEGO PROGRAMU ZDROWOTNEGO W ZAKRESIE CHOROÓB KRĘGOSŁUPA I OTYŁOŚCI WŚRÓD DZIECI Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

Szanowna Pani, Szanowny Panie,
ankieta ta ma na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag na temat realizacji programu pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego”. Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości Programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej przez beneficjenta osobie. Dziękujemy za poświęcony czas i uczestnictwo w Programie.

1. Czy Program spełnił Pani/Pana oczekiwania?

tak nie

2. W skali od 1 do 5 oceń personel pracujący przy realizacji Programu (*zakreśl odpowiednią cyfrę, gdzie 1 oznacza ocenę najniższą a 5 najwyższą*).

1 2 3 4 5

3. W skali od 1 do 5 oceń organizację Programu (*zakreśl odpowiednią cyfrę, gdzie 1 oznacza ocenę najniższą a 5 najwyższą*).

1 2 3 4 5

4. Skąd dowiedziała/ł się Pani/Pan o możliwości aplikowania do Programu (*zaznacz jedną odpowiedź*)?

podmiotu leczniczego Internetu znajomych/innych rodziców
 ulotki/plakatu inne (jakie?)

5. Czy Pani/Pana zdaniem stan zdrowia dziecka uczestniczącego w programie zauważalnie poprawił się po świadczeniach udzielonych w ramach Programu?

tak nie

6. Czy uważa Pani/Pan, że Program powinien być kontynuowany w następnych latach?

tak nie

7. Czy wprowadziłaby/łby Pani/Pan jakiejś zmiany w organizacji Programu? Jeśli tak to jakie?

tak nie

.....
.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!



Załącznik nr 8 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Wsparcie dzieci w walce z otyłością”

**REZYGNACJA Z DALSZEGO UDZIAŁU W REGIONALNYM PROGRAMIE
ZDROWOTNYM W ZAKRESIE CHOROÓB KRĘGOSŁUPA I OTYŁOŚCI WŚRÓD
DZIECI Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO**

Ja niżej ja podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału mojego
dziecka/podopiecznego

.....
Imię i nazwisko dziecka, drukowanymi literami

w Regionalnym programie zdrowotnym w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości
wśród dzieci z województwa mazowieckiego.

Powodem mojej rezygnacji jest:

.....
.....
.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna drukowanymi literami

data i podpis