

Informacji o uczestnikach Projektu

Dane wspólne

Lp.	Nazwa
1	Tytuł Projektu „ZDROWY KRĘGOSŁUP”
2	Nr Projektu RPMA.09.02.02-14-9993/17-00
3	Priorytet Inwestycyjny, w ramach którego jest realizowany Projekt Osi Priorytetowej IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem.
4	Działanie, w ramach którego jest realizowany Projekt 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej.
5	Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany Projekt 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych.

Dane uczestników projektu, którzy otrzymują wsparcie w ramach EFS

	Lp.	Data Nazwa
Dane uczestnika	1	Imię
	2	Nazwisko
	3	Płeć Kobieta Mężczyzna
	4	Wiek w chwili przystępowania do projektu
	5	PESEL
	6	Wykształcenie X niższe niż podstawowe
Dane kontaktowe	7	Ulica
	8	Nr domu
	9	Nr lokalu
	10	Miejscowość
	11	Obszar Miejski Wiejski
	12	Kod pocztowy
	13	Województwo MAZOWIECKIE
	14	Powiat SIERPECKI
	15	Telefon stacjonarny
	16	Telefon komórkowy
17	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
Dane dodatkowe	18	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do X projektu osoba bierna zawodowo
	19	Rodzaj przyznanego wsparcia Program zdrowotny
	20	Data rozpoczęcia udziału w projekcie
	21	Data zakończenia udziału w projekcie
	22	Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa
	23	Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opiszem Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020
	24	Przynależność do mniejszości narodowej/etnicznej TAK NIE ODMAWIAM PODANIA
	25	Posiadanie statusu imigranta TAK NIE ODMAWIAM PODANIA
	26	Posiadanie statusu osoby niepełnosprawnej TAK NIE ODMAWIAM PODANIA

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem udziału w projekcie „**Zdrowy kręgosłup**” u dzieci z klas I-VI szkół podstawowych powiatu Sierpeckiego, realizowanym w ramach Poddziałania 9.2.2. „Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, dostępnym w „Fiz-Med” Sp z o. o. i akceptuję wszystkie jego zapisy.

X TAK

NIE

Sierpc, data

.....

Czytelny podpis rodzica/opiekuna

Deklaracja uczestnictwa w projekcie

Ja niżej podpisana/y.....
(imię i nazwisko)

deklaruję udział
(imię i nazwisko Uczestnika)

zamieszkałej/ego
(adres)

w projekcie „**Zdrowy kręgosłup**” realizowanym przez NIEPUBLICZNYM ZAKŁADEM OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM REHABILITACJI LECZNICZEJ „**FIZ-MED**” SPÓŁKA Z O. O. 09 – 200 Sierpc ul. Gabriela Narutowicza 17A, w ramach Działania 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, Pod-działania 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie.
2. Zostałam/em pouczone/a/y o odpowiedzialności wynikającej ze składania oświadczeń niezgodnych z prawdą.
3. Oświadczam, że zostałam/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach środków z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

Sierpc, dnia

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna