



Tytuł projektu: „ **SENIOR BEZ CYKRZYCY!**”

Nr projektu: **RPMA.09.02.02-14-c870/19**

Priorytet Inwestycyjny, w ramach którego jest realizowany projekt: **IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem**

Działanie, w ramach którego jest realizowany projekt: **9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej**

Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany projekt: **9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych**

**ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE
„ SENIOR BEZ CUKRZYCY”
współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego**

Ja niżej podpisany/aoświadczam, że uzyskałem/am informacje dotyczące w/wym. programu oraz otrzymałem/am wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Wyrażam dobrowolną zgodę na udział w tym programie i jestem świadomy/a faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny.

Jednocześnie deklaruję, że nie byłem/am diagnozowana w kierunku cukrzycy.

Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymałem kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie akcji zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem.

Uczestnik programu:

.....
mię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....
Podpis i data