

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

dla Uczestników Projektu

"Zmień styl życia i sięgnij po zdrowie" - program zdrowotny w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, Działania 8.1 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie chorób cywilizacyjnych, Osi priorytetowej VIII Integracja społeczna.

Ja niżej podpisana/y \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko)

Adres zamieszkania: .....

PESEL: .....

Nr telefonu: .....

**Deklaruję swój udział w Projekcie "Zmień styl życia i sięgnij po zdrowie"** - program zdrowotny w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, Działania 8.1 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie chorób cywilizacyjnych, Osi priorytetowej VIII Integracja społeczna, realizowanym przez Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu.

### DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO (JEŚLI DOTYCZY)

Imię:.....

Nazwisko:.....

Świadoma/y odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 297 Kodeksu Karnego (tj. Dz. U. 2020, poz. 1444 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte w niniejszej Deklaracji uczestnictwa w Projekcie oraz Karcie Uczestnika Projektu są zgodne z prawdą.

.....  
miejsowość i data

.....  
czytelny podpis Uczestnika Projektu\*

.....  
czytelny podpis rodzica/  
opiekuna prawnego (jeśli dotyczy)

\*w przypadku osób w wieku 16 - 17 lat podpis zarówno uczestnika i rodzica/opiekuna prawnego / w przypadku osób poniżej 16 roku życia podpis tylko rodzica/opiekuna prawnego