

ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIAŁ W PROJEKCIE

Imię i Nazwisko.....

Zapoznałam/em się z programem Projektu pn. **"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.*" i akceptuję go w całości.

Wyrażam zgodę na udział dziecka w poszczególnych formach wsparcia ujętych w projekcie.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis rodzica/
opiekuna prawnego

Ponadto:

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez Beneficjenta, tym samym wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojego dziecka dalszego postępowania rekrutacyjnego.
- Zostałam/łam poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej, w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa.
- Zostałam/łam poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
- Jestem świadomy/a, że złożenie Deklaracji Uczestnictwa nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
- Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie i po zakończeniu udziału w projekcie.
- Zobowiązuję się, że moje dziecko będzie systematycznie uczęszczało na zajęcia i czynnie brało w nich udział.
- Zobowiązuję się do informowania Beneficjenta o wszelkich zmianach danych podanych w dokumentacji rekrutacyjnej zwłaszcza teleadresowych w ciągu 7 dni od ich powstania.
- Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 297 § 1 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że w/w dane są zgodne z prawdą.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis rodzica/
opiekuna prawnego