



**ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROJEKCIE „BADANIA DIAGNOSTYCZNE W KIERUNKU SCHRZEŃ KRĘGOSŁUPA DLA UCZNIÓW KLAS I-VI SZKÓŁ PODSTAWOWYCH Z TERENU POWIATU GRODZISKIEGO W ROKU SZKOLNYM 2018/2019 ORAZ 2019/2020” REALIZOWANEGO NA PODSTAWIE UMOWY Z WOJEWÓDZTWEM MAZOWIECKIM NR RPMA.09.02.02-14-a314/18-00**

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

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

w projekcie pt.: „**Badania diagnostyczne w kierunku schorzeń kręgosłupa dla uczniów klas I-VI szkół podstawowych z terenu powiatu grodziskiego w roku szkolnym 2018/2019 oraz 2019/2020**” 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 projekt w ramach programu pt.: „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