

DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

dla uczestnika objętego wsparciem w ramach projektu
„Kolonoskopia- zrób to dla siebie!” dla osób z terenu powiatu proszowickiego
RPMP.08.06.02-12-0325/20

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU:	
IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
DATA URODZENIA	

W związku z przystąpieniem do projektu „Kolonoskopia - zrób to dla siebie!” dla osób z powiatu proszowickiego RPMP.08.06.02-12-0325/20 realizowanego przez Comarch Healthcare S.A. w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego

Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, 8 Oś Priorytetowa Rynek pracy, Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużenia aktywności zawodowej, Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne — dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego - uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, dobrowolnie deklaruję udział w przedmiotowym Projekcie i jednocześnie zobowiązuję się do:

- przystąpienia do badania przesiewowego – kolonoskopii w znieczuleniu (jeśli pacjent wyraża zgodę oraz są do tego wskazania lekarza)
- przedkładania Zespołowi Comarch Healthcare S.A. wszelkich informacji i dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji projektu.

MIJSCOWOŚĆ I DATA	
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU	

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż nie korzystam/nie korzystałem(am) z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

MIJSCOWOŚĆ I DATA	
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU	

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW KWALIFIKACYJNYCH UCZESTNIKA PROJEKTU

dla uczestnika objętego wsparciem w ramach projektu
„Kolonoskopia- zrób to dla siebie!” dla osób z terenu powiatu proszowickiego
RPMP.08.06.02-12-0325/20

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU:	
IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
DATA URODZENIA	
DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE <i>(wypełnia realizator Projektu)</i>	

Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani sytuacji w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie:	
Jestem osobą w wieku aktywności zawodowej zamieszkałą / pracującą / uczącą się na terenie województwa małopolskiego w:	
<input type="checkbox"/> powiat proszowicki	
Nie posiadam objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita	<input type="checkbox"/>
Nie miałam/em wykonanej kolonoskopii w ciągu ostatnich 10 lat (nie dotyczy osób z rodzin, w których wystąpił dziedziczny rak jelita grubego niezwiązanych z polipowatością (HNPCC)	<input type="checkbox"/>
Jestem w wieku 50-65 lat (niezależnie od wywiadu rodzinnego)	<input type="checkbox"/>
Jestem w wieku 40-49 lat, i mam krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci), u którego rozpoznano raka jelita grubego	<input type="checkbox"/>
Jestem w wieku 25-49 lat z rodziny z zespołem Lyncha	<input type="checkbox"/>
Jestem w wieku od 20 do 49 lat pochodzące z rodziny z zespołem polipowatości rodzinnej gruczolakowatej – FAP	<input type="checkbox"/>

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne.
Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje na podstawie krajowych rejestrów pod względem ich zgodności z prawdą.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, dobrowolnie deklaruję udział w przedmiotowym Projekcie.

MIEJSCOWOŚĆ I DATA	
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU	



OŚWIADCZENIE

dla uczestnika objętego wsparciem w ramach projektu
„Kolonoskopia- zrób to dla siebie!” dla osób z terenu powiatu proszowickiego
RPMP.08.06.02-12-0325/20

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU:	
IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
DATA URODZENIA	

Ja niżej podpisany/a potwierdzam odbiór w dniu preparatu czyszczącego MOVIPREP w ilości 1 opakowanie, tj.: 4 saszetki do badania kolonoskopowego.

Jednocześnie zobowiązuję się do zwrotu całkowitego kosztu preparatu czyszczącego MOVIPREP w wysokości(zł) w kasie Comarch Healthcare S.A. (adres: CM iMed24, ul. Życzkowskiego 29, 31-864 Kraków) w przypadku niezgłoszenia się na badanie w wyznaczonym terminie lub rezygnacji z badania w terminie 7 dni od planowanej daty badania.

PODPIS OSOBY WYDAJĄCEJ PREPARAT	
CZYTELNY PODPIS OSOBY ODBIERAJĄCEJ PREPARAT	