

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PIEŁĘGNIARKI/POŁOŻNEJ

I. DANE OSOBOWE:

Imię			
Nazwisko			
Data urodzenia		miejsce urodzenia	
Dane kontaktowe	ulica, numer		
	kod pocztowy		miejsowość
	gmina		powiat
	województwo		
	nr telefonu		email
Placówka (nazwa miejsca pracy)			

II. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:

- dobrowolnie deklaruję uczestnictwo w projekcie „Edukacja, promocja i profilaktyka w kierunku zdrowia jamy ustnej skierowana do małych dzieci, ich rodziców, opiekunów i wychowawców”,
- zostałem poinformowany/a, iż Projekt jest dofinansowany przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej,
- moje dane przedstawione w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą,
- deklaruję swój udział w zajęciach w ramach Edukacji Pośredniej,
- wyrażam zgodę na udział w badaniach ewaluacyjnych w trakcie realizacji Projektu (tj. nie później niż do 31 grudnia 2016 r.), zgodnie z wytycznymi dla Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy,
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby Projektu w zakresie koniecznym do jego realizacji. Oświadczam, iż zostałem poinformowany, że Administratorem moich danych osobowych jest Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu z siedzibą w Poznaniu przy ul. Fredry 10, NIP: 777-00-03-104, REGON: 000288811, który przetwarza moje dane osobowe zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r., Nr 101, poz. 926 z póź.zm.). Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o prawie dostępu do danych i prawie ich poprawiania.

(podpis uczestnika/uczestniczki)