

*Projekt „Mobilne Centrum Usług Zdrowotnych w Nowej Sarzynie” realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Działania 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych współfinansowany ze Środków Europejskiego Funduszu Społecznego*

Załącznik nr 1

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja , niżejpodpisana/y.....  
(imię i nazwisko)

Zamieszkała/y .....  
(adres)

### DEKLARUJĘ

Udział w projekcie pn. „Mobilne Centrum Usług Zdrowotnych w Nowej Sarzynie” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014 - 2020, współfinansowanego ze Środków Europejskiego Funduszu Społecznego Oś Priorytetowa VIII Integracja społeczna, Działanie 8.3. Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

#### **Jednocześnie oświadczam że:**

1. zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji;
2. zapoznałam/em się z Regulaminem wypożyczalni;
3. zobowiązuję się do wypełniania ankiet ewaluacyjnych;
4. wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku do celów promocyjnych i informacyjnych realizowanych w ramach Projektu na stronie internetowej [www.mgops.nowasarzyna.eu](http://www.mgops.nowasarzyna.eu).

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis)