

**Program polityki zdrowotnej profilaktyki boreliozy skierowany do
mieszkańców województwa lubuskiego.
Okres realizacji: 2025-2027**

Załącznik 1

**DEKLARACJA
UCZESTNICTWA W PROGRAMIE *)**

Proszę o zakwalifikowanie mnie do Programu polityki zdrowotnej profilaktyki boreliozy skierowanego do
mieszkańców województwa lubuskiego.

..... Data, miejscowość i podpis koordynatora Programu
Zakwalifikowany/a**) Niezakwalifikowany/a**)

*) Wzór **) Niepotrzebne skreślić ***) Proszę zaznaczyć i uzupełnić właściwy wybór

Imię i nazwisko: PESEL

Adres zamieszkania:

Płeć:

Wiek: Tel. kontaktowy:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w dokumentacji zgromadzonej w trakcie mojego udziału w Programie polityki zdrowotnej profilaktyki boreliozy skierowanym do mieszkańców województwa lubuskiego do celów związanych z realizacją świadczeń w Programie oraz ewaluacją Programu, zgodnie z *Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 1781 t.j.)*. Wszelkie dane dotyczące mojego stanu zdrowia pozostają objęte ochroną wynikającą z tajemnicy medycznej.

- ☐ Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Projektodawcy o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych oraz innych informacji wpisanych we wniosku o włączenie do Programu.
- ☐ Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Programie polityki zdrowotnej profilaktyki boreliozy skierowanym do mieszkańców województwa lubuskiego.
- ☐ Oświadczam, że nie korzystam aktualnie z opieki poradni chorób zakaźnych oraz nie jestem w trakcie leczenia boreliozy z Lyme w placówkach świadczących opiekę w ramach NFZ.
- ☐ Oświadczam, że w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu oraz w trakcie uczestnictwa w Programie nie korzystałam/em z tego samego świadczenia finansowanego ze środków publicznych, np. w ramach ubezpieczenia NFZ, czy w ramach innego programu finansowanego ze środków EFS+.
- ☐ Oświadczam, że w okresie 2 lat poprzedzających udział w Programie nie uczestniczyłam/am w działaniach edukacyjnych dotyczących chorób odkleszczowych.
- ☐ Oświadczam, że jestem osobą, z terenu województwa lubuskiego wykonującą zawód narażający mnie na ryzyko zachorowania na boreliozę, wynikające ze specyfiki wykonywanej pracy
- ☐ Będąc w grupie podwyższonego ryzyka, osób kwalifikujących się do objęcia Programem polityki zdrowotnej, która podejrzewa u siebie boreliozę lub miała kontakt z kleszczem.
- ☐ Zostałam/am poinformowany/a o współfinansowaniu Programu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus – Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027 (FEWL 2021-2027), Działania FELB.06.03 Zdrowy, aktywny i kompetentny pracownik, Typ projektu VII Wsparcie powrotu do zdrowia osób aktywnych zawodowo
- ☐ Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Programu.
- ☐ **Oświadczam, że wszystkie zawarte w formularzu informacje są prawdziwe.**

**Program polityki zdrowotnej profilaktyki boreliozy skierowany do
mieszkańców województwa lubuskiego.
Okres realizacji: 2025-2027**

Oświadczam również, że ***):

☐

Jestem osobą pracującą.

Nazwa miejsca pracy:

☐

Zawód:

.....

Data i miejscowość

.....

Czytelny podpis osoby wnioskując