****

**ZAŁĄCZNIK NR 5**  DO

*REGULAMINU ORGANIZACYJNEGO*

*DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ W GŁOGOWIE*

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Ja, niżej podpisany/podpisana oświadczam, że:

1. Zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem Dziennego Domu Opieki Medycznej i akceptuję wszystkie jego postanowienia oraz spełniam kryteria uczestnictwa w Projekcie określone w ww. Regulaminie.
2. Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że:

* Projekt realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020, (9 Włączenie społeczne, 9.3 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych),
* Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

1. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie pt. „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej przy Głogowskim Szpitalu Powiatowym sp. z o.o.”
2. Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o możliwości przyszłego wzięcia udziału w badaniu ewaluacyjnym.

Powyższe potwierdzam własnoręcznym podpisem:

…………………………………………………………………………………………………………

CZYTELNY PODPIS KANDYDATA / UCZESTNIKA PROJEKTU

………………………………………………………………

*DATA*