**Załącznik nr 3**

**DEKLARACJA**

**UCZESTNICTWA W** **SZKOLENIU SPECJALIZACYJNYM i PRZYSTĄPIENIA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE** **nr FERS.01.13-IP.07-0002/24 pn. „SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE DLA OSÓB WYKONUJĄCYCH ZAWÓD FIZJOTERAPEUTY I FARMACEUTY”**

Ja niżej podpisany(a).....................................................................................................................................

(Imię i nazwisko składającego oświadczenie)

Zamieszkały:.................................................................................................................................................

(adres zamieszkania: miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, kod)

Telefon kontaktowy:............................................Adres e-mail:…………………………………………………

Nr PESEL: ...................................................................................................................................................

***Oświadczam, że****:*

1. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie „Szkolenie specjalizacyjne dla osób wykonujących zawód fizjoterapeuty i farmaceuty” zgodnie z § 3 Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie;
2. **Wyrażam zgodę i deklaruję dobrowolne przystąpienie do udziału w Projekcie** **nr FERS.01.13-IP.07-0002/24 pn. „Szkolenie specjalizacyjne dla osób wykonujących zawód fizjoterapeuty i farmaceuty”, który jest realizowany przez Departament Rozwoju Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia, w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027, działania 01.13 Umiejętności w sektorze zdrowia, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.**
3. Zostałem(am) poinformowany(a) o warunkach uczestnictwa i planowanych działaniach w projekcie „Szkolenie specjalizacyjne dla osób wykonujących zawód fizjoterapeuty i farmaceuty” oraz konsekwencjach rezygnacji wynikających z umowy uczestnictwa w Projekcie. Deklaruję swój aktywny udział w formach wsparcia realizowanych w ramach projektu.
4. **Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Szkolenie specjalizacyjne dla osób wykonujących zawód fizjoterapeuty i farmaceuty’’, realizowanym w ramach w ramach Działania 01.13 Umiejętności w sektorze zdrowia programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, nr Projektu: FERS.01.13-IP.07-0002/24 , realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia – Departament Rozwoju Kadr Medycznych, i akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie;**
5. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Działania 01.13 Umiejętności w sektorze zdrowia programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027;
6. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus;
7. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych niezbędnych w procesie realizacji projektu;
8. Zostałem/am poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;
9. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników, prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia - oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej.

Nadto:

1. Wyrażam wolę i deklaruje dobrowolne uczestnictwo w Szkoleniu specjalizacyjnym w ramach Projektu **nr FERS.01.13-IP.07-0002/24 pn. „Szkolenie specjalizacyjne dla osób wykonujących zawód fizjoterapeuty i farmaceuty”, który jest realizowany przez Departament Rozwoju Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia, w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027, działania 01.13 Umiejętności w sektorze zdrowia, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus;**
2. Zobowiązuję się do uczestnictwa w Szkoleniu specjalizacyjnym;
3. Zobowiązuję się do wypełniania wszelkich wymaganych dokumentów niezbędnych w procesie realizacji Projektu, w tym m. in. list obecności oraz aktualizowania moich danych.
4. Zostałem poinformowany, że w przypadku udziału w projekcie nie ma zastosowania prawo do usunięcia danych, ponieważ przetwarzanie moich danych jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii oraz prawa państwa członkowskiego, któremu podlegają Administratorzy
5. Zostałem poinformowany o prawie do sprostowania moich danych osobowych oraz zgłaszania naruszeń w tym zakresie;
6. Wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (nr telefonu) dla celów realizacji projektu;
7. W przypadku mojej rezygnacji (nawet częściowej) z udziału w projekcie zobowiązuje się do zwrotu na rzecz Beneficjenta kosztów Szkolenia specjalizacyjnego, w tym należności ubocznych, na zasadach określonych w umowie uczestnictwa w Projekcie, której istotne postanowienia zawiera zał. nr 7 do Regulaminu.

Będąc świadomym(-ą) odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 297 ust 1 Kodeksu karnego, oświadczam, iż dane podane w niniejszej Deklaracji są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.

……………………………………………………

Data i Podpis Uczestnika Projektu