



.....
pieczęć ośrodka

.....
data

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana

.....
imię i nazwisko

.....
data urodzenia

.....
PESEL

potwierdzam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności określone w regulaminie konkursu, tzn.:

- jestem kobietą będącą w okresie poporodowym,
- nie mam zdiagnozowanej depresji poporodowej i nie leczę się z tego powodu,
- zamieszkuję w województwie:
(proszę wpisać województwo zamieszkania)
- nie uczestniczyłam dotąd w konsultacjach psychologicznych u żadnego z beneficjentów realizujących na terenie całej Polski *Program edukacji i profilaktyki depresji poporodowej* *.

Wyrażam zgodę na wgląd do mojej dokumentacji medycznej powstałej w trakcie realizacji programu w celu kontroli przez wszystkie uprawnione do kontroli podmioty.

Zostałam poinformowana, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Zapoznałam się z regulaminem projektu i akceptuję jego postanowienia.

Zostałam pouczona o odpowiedzialności za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą lub zatajenie prawdy i niniejszym oświadczam, że wszystkie podane dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

* Lista realizatorów *Programu edukacji i profilaktyki depresji poporodowej*:

1. COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku, projekt *Przystanek MAMA*
2. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie, projekt *Wschodnie Centrum Profilaktyki Depresji Poporodowej*
3. Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o. w Siedlcach, projekt *Uśmiech mamy*
4. Centrum Medyczne „Żelazna” Sp. z o.o. w Warszawie, projekt *Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej w makroregionie centralnym*