Załącznik nr 1 do Regulaminu projektu

**Oświadczenie uczestnika**
**Regionalnego Programu Zdrowotnego**
**- Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych w województwie zachodniopomorskim**

Imię i nazwisko _____

PESEL _____

1. Wyrażam świadomą zgodę na udział w Programie.
2. Oświadczam, że:
   - posiadam status mieszkańca województwa zachodniopomorskiego;
   - nie korzystam obecnie, jak również w trakcie uczestnictwa w Programie nie będę korzystać ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w związku z trwającym/przebytym leczeniem onkologicznym finansowanych z innych środków publicznych, w tym: NFZ, ZUS, KRUS, budżetu państwa, budżetu jednostki samorządu terytorialnego w innym programie polityki zdrowotnej, Europejskiego Funduszu Społecznego w innym projekcie;
   - wpisuję się w grupę osób w niekorzystnej sytuacji (osoby defaworyzowane)*;
   - wszystkie podane przez mnie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

Szczecin _____
Miejscowość, data i podpis uczestnika projektu

* definicja grupy z Regionalnego Programu Zdrowotnego Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych w województwie zachodniopomorskim (II edycja) lub zgodnie z Art. 2 ust. 1 pkt 4, rozporządzenie Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013: "grupa w niekorzystnej sytuacji" oznacza grupę osób w trudnej sytuacji w tym osoby doświadczające ubóstwa, wykluczenia społecznego lub dyskryminacji w wielu wymiarach lub zagrożone takimi zjawiskami