



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 2  
do Regulaminu uczestnictwa w projekcie  
„Innowacyjne kształcenie na kierunku Pielęgniarstwo –  
utworzenie Centrum Symulacji Medycznej w PWSZ w Krośnie”

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/-a .....  
(imię i nazwisko)

deklaruję udział w projekcie pn. **„Innowacyjne kształcenie na kierunku Pielęgniarstwo – utworzenie Centrum Symulacji Medycznej w PWSZ w Krośnie”** nr POWR.05.03.00-00-0076/17 realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój Oś V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych.

Oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie: „Innowacyjne kształcenie na kierunku Pielęgniarstwo – utworzenie Centrum Symulacji Medycznej w PWSZ w Krośnie” i spełniam kryteria kwalifikowalności określone dla projektu,
- wyrażam chęć wzięcia udziału w projekcie „Innowacyjne kształcenie na kierunku Pielęgniarstwo – utworzenie Centrum Symulacji Medycznej w PWSZ w Krośnie”,
- zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Innowacyjne kształcenie na kierunku Pielęgniarstwo – utworzenie Centrum Symulacji Medycznej w PWSZ w Krośnie” jest dofinansowany z Funduszy Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- wyrażam zgodę na wykorzystywanie zdjęć i filmów z moim wizerunkiem, wykonywanych podczas działań realizowanych w ramach przedmiotowego projektu dla celów promocyjnych projektu;
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z rekrutacją i udziałem w projekcie (zgodnie z art. 6 ust. 1 a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016);
- zostałem/am poinformowany/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis)