

Program polityki zdrowotnej w zakresie opieki poporodowej dla mieszkańców województwa mazowieckiego na lata 2024-2026

Program jest finansowany ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego



Oświadczenie o wykonywanym zawodzie

.....
Imię i nazwisko uczestnika

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że jestem położną(ym) zatrudnioną(ym) w województwie mazowieckim w placówce podstawowej opieki zdrowotnej lub wykonuję zawód na terenie województwa mazowieckiego.

.....
Nazwa pracodawcy

Oświadczam, że zostałam(em) poinformowana(y) o tym, że szkolenie realizowane w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie opieki poporodowej dla mieszkańców z województwa mazowieckiego” na lata 2024-2026 finansowane jest ze środków Województwa Mazowieckiego.

Otrzymałam(em) kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

Świadoma zgoda na udział w programie

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) informacje dotyczące programu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Zostałam(em) poinformowana(y) o możliwości zgłaszania uwag do konkretnego realizatora programu lub do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w programie i jestem świadoma(y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny.

Jednocześnie oświadczam, że nie jestem obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych.

Przez podpisanie zgody na udział w w/w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

.....
Data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia*