



OŚWIADCZENIE LEKARZA I UCZESTNIKA PROGRAMU O UDZIELENIU DANEGO ŚWIADCZENIA

realizowanego w ramach Projektu w ramach **Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020**, 8 Oś Priorytetowa Rynek pracy, Działanie 8.6 Aktywizacja zawodowa Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej, Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne, z Europejskiego Funduszu Społecznego

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA PROJEKTU

PESEL:

BADANIE KOLONOSKOPOWE

Badanie zostało wykonane w dniu:-.....-.....

Oświadczenie Uczestnika Projektu

Oświadczam, że otrzymałem/am bezpłatne badanie przesiewowe raka jelita grubego (kolonoskopię) w placówce medycznej upoważnionej do przeprowadzania świadczeń medycznych w ramach Projektu

.....
Czytelny podpis Uczestnika Projektu

Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że udzieliłem/am bezpłatnego badania przesiewowego raka jelita grubego (kolonoskopii) w placówce medycznej upoważnionej do przeprowadzania świadczeń medycznych w ramach Projektu

.....
Pieczętka i podpis lekarza

ZNIECZULENIE

Znieczulenie zostało wykonane w dniu:-.....-.....

Oświadczenie Uczestnika Projektu

Oświadczam, że otrzymałem/am bezpłatne znieczulenie w ramach badania przesiewowego raka jelita grubego (kolonoskopii) w placówce medycznej upoważnionej do przeprowadzania świadczeń medycznych w ramach Projektu

.....
Czytelny podpis Uczestnika Projektu

Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że udzieliłem/am bezpłatnego znieczulenie w ramach badania przesiewowego raka jelita grubego (kolonoskopii) w placówce medycznej upoważnionej do przeprowadzania świadczeń medycznych w ramach Projektu

.....
Pieczętka i podpis lekarza wykonującego znieczulenie

Projekt:
Program profilaktyki raka jelita grubego dla osób powyżej 50 roku życia i z określonych grup podwyższonego ryzyka

Biuro Projektu:
Szpital Specjalistyczny
im.S. Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie
os.Na Skarpie 66, 31-913 Kraków
kolonoskopia@zeromski-szpital.pl, 12 622 93 51

Projekt realizowany na podstawie umowy o dofinansowanie RPMP.08.06.02-12-0328/2



OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW KWALIFIKACYJNYCH UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU
Program profilaktyki raka jelita grubego dla osób powyżej 50 roku życia i z określonych
grup podwyższonego ryzyka w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa
Małopolskiego na lata 2014-2020, 8 Oś Priorytetowa Rynek pracy, Działanie 8.6 Aktywizacja
zawodowa Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej, Poddziałanie 8.6.2 Programy
zdrowotne, z Europejskiego Funduszu Społecznego”

Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Data rozpoczęcia udziału w Projekcie (DD-MM-RRRR) - wypełnia realizator Projektu	

Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani sytuacji w momencie rozpoczęcia udziału w Projekcie:

Jestem osobą w wieku aktywności zawodowej mieszkającą, pracującą lub uczącą się na terenie województwa małopolskiego:	
<input type="checkbox"/> powiat dąbrowski	<input type="checkbox"/> powiat proszowicki
<input type="checkbox"/> powiat limanowski	<input type="checkbox"/> powiat suski
<input type="checkbox"/> powiat nowosądecki	<input type="checkbox"/> powiat tatrzański
<input type="checkbox"/> powiat oświęcimski	<input type="checkbox"/> powiat wadowicki
Nie posiadam objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego	<input type="checkbox"/>
Nie miałam/em wykonanej kolonoskopii w ciągu ostatnich 10 lat (nie dotyczy osób z rodzin, w których wystąpił dziedziczny rak jelita grubego niezwiązanych z polipowatością (HNPCC)	<input type="checkbox"/>
Jestem w wieku 50-65 lat (niezależnie od wywiadu rodzinnego)	<input type="checkbox"/>
Jestem w wieku 40-49 lat , i mam krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci), u którego rozpoznano raka jelita grubego	<input type="checkbox"/>
Jestem w wieku 25-49 lat z rodziny z zespołem Lyncha Jestem w wieku od 20 do 49 lat pochodzące z rodziny z zespołem polipowatości rodzinnej gruczolakowatej – FAP	<input type="checkbox"/>

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

Upředzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, dobrowolnie deklaruje udział w Projekcie **Program profilaktyki raka jelita grubego dla osób powyżej 50 roku życia i z określonych grup podwyższonego ryzyka w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, 8 Oś Priorytetowa Rynek pracy, Działanie 8.6 Aktywizacja zawodowa Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej, Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne, z Europejskiego Funduszu Społecznego”**

.....
(data i czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu)