

Formularz świadomej zgody pacjenta

Zgoda na udział w programie w Programie Wsparcia Domów Opieki Medycznej

Ja, niżej podpisana/y:.....
wyrażam świadomie zgodę na uczestnictwo w Programie Wsparcia Domów Opieki Medycznej oraz deklaruję, że spełniam wymogi kwalifikujące mnie do udziału w programie.

Oświadczam, że dane podane w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.

Ponadto oświadczam, że:

1. Zobowiązuję się do udzielania niezbędnych informacji dla celów monitoringu oraz do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją programu.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyłącznie w celu realizacji projektu.
3. Wyrażam zgodę na rozpowszechnianie mojego wizerunku (zdjęć), materiałów medialnych z użyciem podstawowych danych osobowych, służących promocji i realizacji programu.
4. Zgoda na rozpowszechnianie mojego wizerunku nie posiada ram czasowych ani terytorialnych oraz obejmuje różnorodne formy publikacji projektu takie jak: plakaty, ulotki, foldery, spoty radiowo-telewizyjne, informacje na stronie www. ..., w gazetach i w Internecie itp. Wykorzystanie na potrzeby realizacji i promocji programu zdjęć z moim wizerunkiem nie będzie naruszeniem moich dóbr osobistych.

.....
data i podpis