

**DEKLARACJA WSPÓŁPRACY**  
**Z INSTYTUTEM MEDYCYNY WSI im. WITOLDA CHODŹKI**  
**W RAMACH REALIZACJI NARODOWEGO PROGRAMU ZDROWIA**  
**2016-2020**

Pieczęć Instytucji
--------------------

deklaruje chęć współpracy z Instytutem Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego w ramach Narodowego Programu Zdrowia pod nazwą „**Podejmowanie inicjatyw na rzecz profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą, w tym ze służbą żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy oraz wzmocnienie zdrowia pracujących**” w zakresie punktu 2.1.2

Imię i nazwisko osoby do kontaktów	
Stanowisko	
Nr telefonu	
Adres e-mail	
Adres do korespondencji	

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania Deklaracji Współpracy	_____ Data
---	---------------

Data wpływu do IMW:
---------------------



## DEKLARACJA UCZESTNIKA PROJEKTU

Dane osobowe uczestnika (proszę uzupełnić drukowanymi literami): <i>Dla uczestnictwa w Projekcie podanie poniższych danych jest konieczne.</i>													
Imię													
Nazwisko													
Pesel	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna												
Adres zamieszkania	Ulica, nr domu:												
	Kod pocztowy, poczta:												
	Powiat:    Gmina:												
Nr telefonu do kontaktu													
Adres e-mail													

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że zapoznałem/łam się z celami i założeniami projektu z zakresu zdrowia publicznego w ramach Narodowego Programu Zdrowia pod nazwą **„Podejmowanie inicjatyw na rzecz profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą, w tym ze służbą żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy oraz wzmocnienie zdrowia pracujących”** w zakresie punktu 2.1.2 i będę uczestniczył/a w zadaniach realizowanych

w ramach projektu:

wykonanie bezpłatnych badań laboratoryjnych: oznaczenia serologiczne w kierunku 4 alergenów: *Aspergillus fumigatus*, kurz siana, kurze pióra, naskórek trzody chlewnej. Zostanie u Pana/i pobrana krew żylna w ilości do 10 ml.

Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające mnie do udziału w ww. projekcie, tzn. wykonuję pracę\*:

- rolnika/zamieszkuję obszar wiejski i wykonuje prace rolne
- leśnika
- lekarza weterynarii/związaną ze służbami weterynaryjnymi

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej Deklaracji dla potrzeb realizacji w/w projektu, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz.926 ze zm.)*

\_\_\_\_\_  
Miejsce i data

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis uczestnika \*\*

\* zaznaczyć właściwie; \*\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

## DEKLARACJA UCZESTNIKA PROJEKTU

Dane osobowe uczestnika (proszę uzupełnić drukowanymi literami): <i>Dla uczestnictwa w Projekcie podanie poniższych danych jest konieczne.</i>																
Imię																
Nazwisko																
Pesel	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna															
Adres zamieszkania	Ulica, nr domu:															
	Kod pocztowy, poczta:															
	Powiat:                                  Gmina:															
Nr telefonu do kontaktu																
Adres e-mail																

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że zapoznałem/łam się z celami i założeniami projektu z zakresu zdrowia publicznego w ramach Narodowego Programu Zdrowia pod nazwą **„Podejmowanie inicjatyw na rzecz profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą, w tym ze służbą żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy oraz wzmocnienie zdrowia pracujących”** w zakresie punktu 2.1.2 i będę uczestniczy/ła w zadaniach realizowanych

w ramach projektu:

wykonanie bezpłatnych badań laboratoryjnych: badania serologiczne w kierunku *Alveolitis allergica* (alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych). Zostanie u Pana/i pobrana krew żylna w ilości do 10 ml.

Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające mnie do udziału w ww. projekcie, tzn. wykonuję pracę\*:

- rolnika/zamieszkuje obszar wiejski i wykonuje prace rolne
- leśnika
- weterynarza/związaną ze służbami weterynaryjnymi

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej Deklaracji dla potrzeb realizacji w/w projektu, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz.926 ze zm.)*

\_\_\_\_\_  
Miejsce i data

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis uczestnika \*\*

\* zaznaczyć właściwe; \*\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.



## DEKLARACJA UCZESTNIKA PROJEKTU

Dane osobowe uczestnika (proszę uzupełnić drukowanymi literami): <i>Dla uczestnictwa w Projekcie podanie poniższych danych jest konieczne.</i>																				
Imię																				
Nazwisko																				
Pesel	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																			
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna																			
Adres zamieszkania	Ulica, nr domu:																			
	Kod pocztowy, poczta:																			
	Powiat:                                      Gmina:																			
Nr telefonu do kontaktu																				
Adres e-mail																				

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że zapoznałem/łam się z celami i założeniami projektu z zakresu zdrowia publicznego w ramach Narodowego Programu Zdrowia pod nazwą „**Podejmowanie inicjatyw na rzecz profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą, w tym ze służbą żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy oraz wzmocnienie zdrowia pracujących**” w zakresie punktu 2.1.2 i będę uczestniczył/a w zadaniach realizowanych

w ramach projektu:

wykonanie bezpłatnych badań laboratoryjnych: badania serologiczne w kierunku boreliozy metodą ELISA w klasie IgM i IgG u osób pokłutych przez kleszcze. Zostanie u Pana/i pobrana krew żylna w ilości do 10 ml.

Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające mnie do udziału w ww. projekcie, tzn. wykonuję pracę\*:

- rolnika/zamieszkuję obszar wiejski i wykonuje prace rolne
- leśnika
- weterynarza/ związaną ze służbami weterynaryjnymi

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej Deklaracji dla potrzeb realizacji w/w projektu, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz.926 ze zm.)*

---

Miejsce i data

---

Czytelny podpis uczestnika \*\*

\* zaznaczyć właściwe; \*\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.