



.....
Imię i nazwisko dziecka

.....
Miejscowość i data

.....
PESEL dziecka

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- Jestem rodzicem / opiekunem prawnym wyżej wymienionego dziecka i mogę w jego imieniu dokonywać czynności prawnych. Poprzez podpisanie zgody na udział w projekcie „*Skuteczna diagnoza i indywidualna terapia w środowisku domowym szansą dla dzieci z autyzmem z województwa mazowieckiego*” (w przypadku gdy osoba składająca oświadczenie nie jest rodzicem a jest opiekunem prawnym dziecka muszą zostać dostarczone dokumenty potwierdzające ten stan).
- W przypadku dostania się przez moje dziecko na podobną terapię finansowaną w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia lub z innych środków publicznych, zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić realizatora Projektu autyzm.
- Moje dziecko spełnia wymogi kwalifikowalności udziału w Projekcie.
- Zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej.
- Uzyskałam/em informacje dotyczące Projektu oraz otrzymałam/em wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.
- Mam świadomość, że przeprowadzona diagnoza początkowa i końcowa mojego dziecka i szkolenie dla rodziców/opiekunów prawnych może odbywać się w miejscowości innej od miejsca zamieszkania mojego i mojego dziecka.
- Wyrażam zgodę na udział we wszelkich badaniach ankietowych przeprowadzanych w trakcie realizacji Projektu.
- Oświadczam, iż zapoznałam/em się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie, akceptuję treść niniejszego regulaminu oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....
Data i czytelny podpis opiekuna prawnego dziecka

WYRAŻENIE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na przetwarzanie przekazanych przeze mnie danych osobowych oraz danych o chorobie mojego dziecka przez Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. Z o.o. Zagórze k/Warszawy, 05-462 Wiązowna. Zgoda udzielona zostaje wyłącznie w celu realizacji projektu „*Skuteczna diagnoza i indywidualna terapia w środowisku domowym szansą dla dzieci z autyzmem z województwa mazowieckiego*”.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o prawie dostępu do treści wprowadzonych danych osobowych oraz ich modyfikowania. Jestem świadoma/y faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział dziecka w dalszej jego części bez podania przyczyny.

.....
Data i czytelny podpis opiekuna prawnego dziecka

PISEMNA ZGODA - OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO

Ja niżej podpisana /y wyrażam zgodę na uczestnictwo dziecka w projekcie „**Skuteczna diagnoza i indywidualna terapia w środowisku domowym szansą dla dzieci z autyzmem z województwa mazowieckiego**”

.....
Imię i nazwisko uczestnika

Realizowanym przez Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. Z o.o. w Zagórz k/Warszawy, 05-462 Wiązowna, w ramach Projektu, który będzie realizowany od kwietnia 2018 roku do marca 2020 roku.

Jednocześnie oświadczam, że stan zdrowia dziecka pozwala na uczestniczenie w Projekcie.

Zobowiązuję się do zapewnienia jego bezpieczeństwa w drodze pomiędzy miejscem odbywania diagnozy funkcjonalnej a miejscem zamieszkania.

Wyrażam zgodę na to aby druga część Projektu była realizowana w warunkach domowych / środowiskowych mojego dziecka.

Biorę odpowiedzialność finansową za szkody materialne wynikające z nie przestrzegania regulaminu w czasie zajęć realizowanych w trakcie realizacji projektu spowodowane przez mojego podopiecznego / moją podopieczną.

.....
Data i czytelny podpis opiekuna prawnego dziecka