**OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU**

Oświadczam, że w chwili przystąpienia do programu nie jestem objęty(ta) żadnym innym programem terapeutyczno-rehabilitacyjnym w związku z przebytym udarem mózgu finansowanym z NFZ (np. fizjoterapia ambulatoryjna bądź domowa, itp.); oraz nie biorę udziału w analogicznym projekcie u innego beneficjenta finansowanym ze środków publicznych.

Pacjent:

.......................................................... ……… ...............................................................................
 Imię i nazwisko (drukowanymi literami) Podpis i data złożenia podpisu (ręką pacjenta)

Oświadczam, że nie odbyłem/odbyłem\* wczesną rehabilitację neurologiczną w ramach NFZ,
czas oczekiwania jest dłuższy/nie jest dłuższy\* niż 6 tygodni.

Pacjent:

........................................................................... ..........................................................................

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) Podpis i data złożenia podpisu (ręką pacjenta)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie
z obowiązującym Rozp. Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dn. 27.04. 2016r.
w sprawie ochrony osób fiz. w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE(ogólne rozp.
o ochronie danych).

Pacjent:

........................................................................... ..........................................................................
Imię i nazwisko (drukowanymi literami) Podpis i data złożenia podpisu (ręką pacjenta)

Oświadczam, że podane w niniejszym formularzu dane są prawdziwe. Jestem osobą pouczoną
o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

 . .................................................................

 Podpis i data złożenia podpisu

\*niewłaściwe skreślić