|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KARTA UCZESTNICTWA**  Warsztaty Akademii Dobrych Praktyk  Projekt pn. „Onko Variété” | | |
| **Miejsce:** Sieraków k. Poznania | **Termin:** 18-22 sierpnia 2021 r. |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| *Nazwa ORGANIZACJI* |  |
| *Miasto* |  |
| *Nazwisko* |  |
| *Imię* |  |
| *Adres* |  |
| *Województwo* |  |
| *Pesel* |  |
| *Adres mailowy* |  |
| *Nr telefonu* |  |
| *Stopień niepełnosprawności* |  |

\*Wymagane jest aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

Jednym z warunków uczestnictwa jest członkostwo w organizacji współpracującej z Fundacją Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych oraz stabilna, dobra kondycja zdrowotna pozwalająca na udział w warsztatach.

Wymagane jest też, jak wyżej podano, aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (przesłanie skanu na adres: [info@pkopo.pl](mailto:info@pkopo.pl) bądź przekazanie kopii orzeczenia).

Dojazd na warszaty odbywa się na koszt własny Uczestników.

Deklaruję swój udział w Warsztacie na własną odpowiedzialność, będąc w pełni świadomy/a swego aktualnego stanu zdrowia oraz działań realizowanych w projekcie, w szczególności stopnia ich trudności.

.….…………………………………...

Podpis Uczestnika (pełne imię i nazwisko)

Ja niżej podpisany/a, świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że mój proces leczenia jest zakończony i mój stan zdrowotny umożliwia uczestnictwo w projekcie Onko Variété w dniach 18-22 sierpnia 2021 r., którego warunki rekrutacji zostały zamieszczone w komunikacie na stronie internetowej Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych oraz na portalu glospacjenta.pl.

.….…………………………………...

Podpis Uczestnika (pełne imię i nazwisko)