

**Formularz zgłoszeniowy – wypełnia osoba zgłaszająca chęć
uczestnictwa w grupie wsparcia dla osób z otyłością w roku 2017**

1/3

IMIĘ	
NAZWISKO	
PŁEĆ	
WIEK	
DATA URODZENIA	
PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA	
NUMER TELEFONU	
ADRES E-MAIL	

WZROST [w cm]	
MASA CIAŁA [w kg]	

* oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa i akceptuję jego postanowienia

.....
(podpis osoby deklarującej chęć udziału w grupie wsparcia)

****Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** na używanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku, głosu, wypowiedzi do celów informacyjno-promocyjnych związanych z realizacją projektu „**Tworzenie grup wsparcia dla osób z otyłością**”. Wyrażenie zgody wiąże się z tym, że fotografie, filmy, nagrania wykonane w związku z realizacją zadania mogą zostać umieszczone na stronie internetowej miasta oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych lub sprawozdawczych.

Zgoda jest **niezbędna** do wzięcia udziału w przedmiotowym projekcie.

.....
(podpis osoby deklarującej chęć udziału w grupie wsparcia)

****Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** na przetwarzanie moich danych osobowych **TYLKO i WYŁĄCZNIE** na potrzeby związane z **REALIZACJĄ** (w szczególności: do celów monitoringu, kontroli i ewaluacji) zadania z zakresu zdrowia publicznego pn.: „**Tworzenie grup wsparcia dla osób z otyłością w roku 2017**” przez Prezydenta Miasta Mysłowice zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r, poz. 922).

Zgoda jest **niezbędna** do wzięcia udziału w przedmiotowym projekcie.

Zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
(data, czytelny podpis osoby deklarującej chęć udziału w grupie wsparcia)

*wymaga zaznaczenia
** niewłaściwe skreślić



Formularz zgłoszeniowy
uczestnictwa w grupie wsparcia dla osób z otyłością w roku 2017

2/3

WYPEŁNIA KOORDYNATOR PROJEKTU

IMIĘ	
NAZWISKO	

WSKAŹNIK BMI wynosi	
--------------------------------------	--

Zgłoszony:

wstępnie **kwalifikuje się** do uczestnictwa w grupie wsparcia dla osób z otyłością

nie kwalifikuje się do uczestnictwa w grupie wsparcia dla osób z otyłością

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data, podpis koordynatora projektu)



Formularz zgłoszeniowy
uczestnictwa w grupie wsparcia dla osób z otyłością w roku 2017

3/3

WYPEŁNIA LEKARZ W RAMACH DZIAŁANIA 3

IMIĘ	
NAZWISKO	

WZROST [w cm]	
WAGA [w kg]	
WSKAŹNIK BMI	
POMIAR CIŚNIENIA TĘTNICZEGO KRWI	

Konsultacja lekarska – uwagi/zastrzeżenia/przeciwwskazania

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pacjent ***kwalifikuje się/ nie kwalifikuje się** do uczestnictwa w grupie wsparcia dla osób z otyłością w roku 2017 i ***może/nie może** zostać wpisany na listę osób ostatecznie zakwalifikowanych.

***niepotrzebne skreślić**

.....
(data, pieczętka i podpis lekarza)

