Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

**„Funkcjonowanie i rozwój Regionalnego Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży przy Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. Prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie”**

Prosimy wypełnić czytelnie, DRUKOWANYMI literami WSZYSTKIE BIAŁE POLA

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE PLACÓWKI DO PROJEKTU** | | | | | | | |
| PEŁNA NAZWA PLACÓWKI |  | | | | | | |
| ADRES I DANE KORESPONDENCYJNE | | | | | | | |
| Ulica |  | Nr domu | |  | | Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  | Miejscowość | |  | | | |
| Województwo |  | Powiat | |  | | | |
| Gmina |  | Tel. kontaktowy | |  | | | |
| Adres e-mail |  | | | | | | |
| Imię i nazwisko Dyrektora placówki |  | | | | | | |
| Imię i nazwisko osoby do kontaktu |  | | | | | | |
| Nr tel. do kontaktu |  | | Adres e-mail | |  | | |

|  |
| --- |
| Oświadczam, że:  zapoznałem/am się z zasadami udziału w Projekcie oraz akceptuję warunki określone w Regulaminie rekrutacji i udziału w Projekcie pt „Funkcjonowanie i rozwój Regionalnego Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży przy Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. Prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie cz. I” w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027  Ponadto:  a. wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego w Lublinie zawartych w powyższym formularzu do celów rekrutacji do Projektu zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych/RODO) |

………………………………………. ………………………………………….

Data, miejscowość Pieczęć i podpis

Dyrektora Jednostki