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 2021-2027Ponadto: 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 RozporządzeniemParlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznychw związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych orazuchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych/RODO) |

………………………………………. ………………………………………….

 Data, miejscowość Pieczęć i podpis

 Dyrektora Jednostki