Oryginał/kopia\* ***Załącznik A***

# 

# Świadoma zgoda i oświadczenie o miejscu zamieszkania\*

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

*Imię i nazwisko uczestnika*

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

*Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego*

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

*Adres (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)*

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że w chwili aplikowania do „Programu polityki zdrowotnej   
w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego” (dalej zwany „programem”) mieszkam/ww. dziecko mieszka\* na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego[[1]](#footnote-1).

**Świadoma zgoda na udział w programie**

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) informacje dotyczące programu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałam(em) poinformowana(y) o tym, że program finansowany jest ze środków Województwa Mazowieckiego.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział mój/mojego dziecka (podopiecznego)\* w programie i jestem świadoma(y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział mój/mojego\* dziecka w dalszej jego części bez podania przyczyny.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. jestem rodzicem/opiekunem wyżej wymienionego dziecka i mogę w jego imieniu dokonywać czynności prawnych\*\*,

2. nie korzystam/wyżej wymienione dziecko nie korzysta\* w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz nie biorę/nie bierze udziału i nie brałam(em)/ nie brało wcześniej udziału\* w tym bądź innym analogicznym projekcie finansowanym ze środków publicznych.

Przez podpisanie zgody na udział w w/w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Otrzymałem kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

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

*Data i podpis uczestnika*

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

*Data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego dziecka*

\* niepotrzebne skreślić

\*\* dotyczy osób poniżej 18 roku życia

1. Miejsce zamieszkania - należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania. [↑](#footnote-ref-1)