



Załącznik nr 7

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Oświadczam, że zapoznałam/em się z kryteriami przystąpienia do programu i spełniam poniższe kryteria:

1. Zamieszkuję w jednym z 3 województw: łódzkim, świętokrzyskim, mazowieckim
2. Jestem w wieku 40 – 65 lat i
3. Znajduję się/nie znajduję się (niepotrzebne skreślić) w grupie podwyższonego ryzyka zachorowania na nowotwory głowy i szyi oraz od ponad 3 tygodni występuje jeden z poniższych objawów niezwiązany z infekcją górnych dróg oddechowych:
pieczenie języka, nieogójące się owrzodzenie lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej, ból gardła, przewlekła chrypka, guz na szyi, niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa, ból w trakcie połykania lub problemy z połykaniem.
4. Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie badania laryngologicznego przy użyciu nasofiberoskopu oraz (jeśli będą wskazania lekarskie) badań na etapie diagnostyki pogłębionej.
5. Wyrażam zgodę na wgląd do mojej dokumentacji medycznej powstałej w trakcie realizacji programu w celach statystycznych przez Organizatora Projektu: NU-MED Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej Tomaszów Mazowiecki II Sp. z o. o., 97-200 Tomaszów Maz., ul. Jana Pawła II 35.

.....

Data, podpis UCZESTNIKA PROJEKTU

Oświadczam, że otrzymałam/em materiały edukacyjne dotyczące programu profilaktyki nowotworów głowy i szyi.

tak nie

.....

Data, podpis UCZESTNIKA PROJEKTU

Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną i chcę, by Organizator Projektu zapewnił transport na badanie.

(UWAGA – konieczność posiadania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Warunkiem udzielenia wsparcia jest załączenie kopii orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Ze względu na ograniczoną pulę środków finansowych przeznaczonych na ten cel o udzieleniu wsparcia będzie decydowała kolejność zgłoszeń.)

tak nie

Inne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, które umożliwią wzięcie udziału w projekcie (np. konieczność zapewnienia asystenta osoby niepełnosprawnej, asystenta tłumaczącego na język łątwy, zmiana procedury rekrutacji i wsparcia. Inne. Proszę wpisać poniżej:

.....
.....

.....

Data, podpis UCZESTNIKA PROJEKTU