



## OŚWIADCZENIE LEKARZA I UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU O UDZIELENIU ŚWIADCZENIA

realizowanego w ramach Projektu współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach 8 Osi Priorytetowej – Rynek pracy, Działania 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej, Poddziałania 8.6.2 Programy zdrowotne, Typ projektu A: Wdrażanie krajowych programów zdrowotnych dotyczących rozwoju profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i piersi Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020

**IMIĘ I NAZWISKO:**

.....

**PESEL:**

.....

### Badanie kolonoskopowe

Badanie zostało wykonane w dniu: .....-.....-.....

<p>Oświadczenie Uczestnika/Uczestniczki Projektu</p> <p>Oświadczam, że otrzymałem/-am bezpłatne badanie przesiewowe raka jelita grubego (kolonoskopię) w placówce medycznej upoważnionej do przeprowadzania świadczeń medycznych w ramach Projektu</p> <p>Limanowa, .....</p> <p>data oraz czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu</p>	<p>Oświadczenie lekarza</p> <p>Oświadczam, że udzieliłem/-am bezpłatnego badania przesiewowego raka jelita grubego (kolonoskopii) w placówce medycznej upoważnionej do przeprowadzania świadczeń medycznych w ramach Projektu</p> <p>Limanowa, .....</p> <p>data oraz pieczęć i podpis lekarza wykonującego badanie</p>
---	---

## Znieczulenie

Badanie zostało wykonane w dniu: .....-.....-.....

<p>Oświadczenie Uczestnika/Uczestniczki Projektu</p> <p>Oświadczam, że otrzymałem/-am bezpłatne znieczulenie w ramach badania przesiewowego raka jelita grubego (kolonoskopii) w placówce medycznej upoważnionej do przeprowadzania świadczeń medycznych w ramach Projektu</p> <p>Limanowa, .....</p> <p>data oraz czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu</p>	<p>Oświadczenie lekarza</p> <p>Oświadczam, że udzieliłem/-am bezpłatnego znieczulenia w ramach badania przesiewowego raka jelita grubego (kolonoskopii) w placówce medycznej upoważnionej do przeprowadzania świadczeń medycznych w ramach Projektu</p> <p>Limanowa, .....</p> <p>data oraz pieczęć i podpis lekarza wykonującego badanie</p>
---	---

Projekt:

„Promowanie profilaktyki raka jelita grubego wśród osób w wieku aktywności zawodowej na terenie powiatów: dąbrowskiego, limanowskiego, nowosądeckiego, oświęcimskiego, suskiego, tatrzańskiego i wadowickiego”

Biuro Projektu:

Szpital Powiatowy w Limanowej im. Miłosierdzia Bożego

Ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa

[kolonoskopia@szpitallimanowa.pl](mailto:kolonoskopia@szpitallimanowa.pl), 668-535-114, [www.szpitallimanowa.pl](http://www.szpitallimanowa.pl)



## OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW KWALIFIKACYJNYCH UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI

**PROJEKTU** pn. „Promowanie profilaktyki raka jelita grubego wśród osób w wieku aktywności zawodowej na terenie powiatów: dąbrowskiego, limanowskiego, nowosądeckiego, oświęcimskiego, suskiego, tatrzańskiego i wadowickiego” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach 8 Osi Priorytetowej – Rynek pracy, Działania 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej, Poddziałania 8.6.2 Programy zdrowotne, Typ projektu A: Wdrażanie krajowych programów zdrowotnych dotyczących rozwoju profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i piersi Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020

Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Data rozpoczęcia udziału w Projekcie (DD-MM-RRRR) - <i>wypełnia realizator Projektu</i>	

Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana /Pani sytuacji w momencie rozpoczęcia udziału w Projekcie:

<b>Jestem osobą w wieku aktywności zawodowej mieszkającą, pracującą lub uczącą się na terenie województwa małopolskiego:</b>	
<input type="checkbox"/> powiat dąbrowski	<input type="checkbox"/> powiat suski
<input type="checkbox"/> powiat limanowski	<input type="checkbox"/> powiat tatrzański
<input type="checkbox"/> powiat nowosądecki	<input type="checkbox"/> powiat wadowicki
<input type="checkbox"/> powiat oświęcimski	

Nie posiadam objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego	<input type="checkbox"/>
Nie miałem/-am wykonanej kolonoskopii w ciągu ostatnich 10 lat (nie dotyczy osób z rodzin, w których wystąpił dziedziczny rak jelita grubego niezwiązanych z polipowatością (HNPCC)	<input type="checkbox"/>
Jestem w wieku <b>50-65 lat</b> (niezależnie od wywiadu rodzinnego)	<input type="checkbox"/>
Jestem w wieku <b>40-49 lat</b> i mam krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci), u którego rozpoznano raka jelita grubego	<input type="checkbox"/>
Jestem w wieku <b>25-49 lat</b> i pochodzę z rodziny z zespołem Lyncha - konieczne jest potwierdzenie z poradni genetycznej (program profilaktyczny finansuje tylko pierwsze badanie w tej grupie osób)	<input type="checkbox"/>
Jestem w wieku <b>20-49 lat</b> i pochodzę z rodziny z zespołem polipowatości rodzinnej gruczolakowatej – FAP - konieczne jest potwierdzenie z poradni genetycznej (program profilaktyczny finansuje tylko pierwsze badanie w tej grupie osób)	<input type="checkbox"/>

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, dobrowolnie deklaruję udział w projekcie pn. „Promowanie profilaktyki raka jelita grubego wśród osób w wieku aktywności zawodowej na terenie powiatów: dąbrowskiego, limanowskiego, nowosądeckiego, oświęcimskiego, suskiego, tatrzańskiego i wadowickiego” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach 8 Osi Priorytetowej – Rynek pracy, Działania 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej, Poddziałania 8.6.2 Programy zdrowotne, Typ projektu A: Wdrażanie krajowych programów zdrowotnych dotyczących rozwoju profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i piersi Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

Limanowa, .....  
(data i czytelny podpis **Uczestnika/Uczestniczki** Projektu)