## ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

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

.....

***(Imię i nazwisko dziecka, drukowanymi literami)***

w projekcie pn. *Rozszerzenie dostępności robotycznie wspomaganej diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym i innymi zespołami porażennymi na terenie województwa wielkopolskiego- edycja II,* nr projektu FEWP.06.13-IZ.00-0002/26 Współfinansowanie z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Fundusze Europejskie dla Wielkopolski na lata 2021-2027 i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział dziecka w dalszej jego części bez podania przyczyny.
Jednocześnie oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem wyżej wymienionego dziecka i mogę w jego imieniu dokonywać czynności prawnych. Przez podpisanie zgody na udział w w/w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymałem/am kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

..... .....

***imię i nazwisko rodzica/opiekuna*** *(ręką rodzica/opiekuna dziecka, drukowanymi literami)* ***data i czytelny podpis***

ORYGINAŁ/KOPIA

## ŚWIADOMA ZGODA NA UDOSTĘPNIANIE DANYCH OSOBOWYCH I UDZIAŁU W BADANIACH EWALUACYJNYCH

Ja niżej ja podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) informacje o współfinasowani projektu pn. *Rozszerzenie dostępności robotycznie wspomaganej diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym i innymi zespołami porażennymi na terenie województwa wielkopolskiego - edycja II,* nr projektu *FEWP.06.13-IZ.00-0002/26* ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Fundusze Europejskie dla Wielkopolski na lata 2021-2027.
Zostałem(am) poinformowany, że udział w projekcie współfinasowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus wiąże się z udostępnieniem danych osobowych (również danych wrażliwych), a także informowaniem o rezultatach otrzymanego wsparcia oraz wzięcia udziału w badaniach ewaluacyjnych mojego dziecka/podopiecznego:

.....

***(Imię i nazwisko dziecka, drukowanymi literami)***

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.
Otrzymałem/am kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

..... .....

***imię i nazwisko rodzica/opiekuna*** *(ręką rodzica/opiekuna dziecka, drukowanymi literami)* ***data i czytelny podpis***

ORYGINAŁ/KOPIA