

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**  
**„Uniwersytet z Misją - Zintegrowany Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” POWR.03.05.00-00-Z068/18**

Ja niżej podpisany/a .....

deklaruję uczestnictwo w Projekcie „Uniwersytet z Misją - Zintegrowany Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” (POWR.03.05.00-00-Z068/18) realizowanym przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Działania 3.5 Kompleksowe programy szkół wyższych.

Jednocześnie oświadczam, iż:

- wszystkie dane zawarte w Formularzu Osobowym są zgodne z prawdą
- zostałem(am) poinformowany(na), że projekt Uniwersytet z Misją - Zintegrowany Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
- zapoznałem(am) się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie Uniwersytet z Misją - Zintegrowany Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu i zobowiązuję się do jego stosowania.

Na dzień przystąpienia do projektu spełniam warunki kwalifikujące mnie do udziału w projekcie, tj.:

- jestem studentem UMP czterech ostatnich semestrów nauki studiów pierwszego stopnia lub drugiego stopnia, lub jednolitych studiów magisterskich, na kierunku: protetyka słuchu, optometria, analityka medyczna, farmacja,
- zobowiązuję się do korzystania ze wsparcia w postaci staży krajowych organizowanych przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w ramach projektu.

Wyrażam zgodę na badania ewaluacyjne, których celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczasowej pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników.

Miejscowość, data .....

Imię i nazwisko .....

Podpis (czytelny) .....