



## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(data urodzenia)

wyrażam gotowość udziału w projekcie pt.:

### MAŁY MEDYK UMP

realizowanym przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, współfinansowanym przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Priorytet III Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju, Działanie III.1 Kompetencje w szkolnictwie wyższym, zgodnie z umową o dofinansowanie nr POWR.03.01.00-00-U149/17

Jednocześnie oświadczam, że:

- spełniam kryterium kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie,
- zgłaszam chęć dobrowolnego uczestnictwa w nim.

Pouczenie: uczestnik ponosi odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....  
*data i czytelny podpis uczestnika projektu/opiekuna prawnego*

