**DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE**

**Nr………./FS196/2019**

Ja, niżej podpisany(a),

.......................................................................................................................................................

(Imię i nazwisko uczestnika projektu)

zam................................................................................................................................................

(adres zamieszkania: miejscowość, ulica, numer mieszkania, kod)

Nr PESEL uczestnika: ..................................................................................................................

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie pn. „WUM AID Akademia Innowacyjnej Dydaktyki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego”, (nr: POWR.03.05.00-00-Z088/17-00), współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz spełniam wymogi kwalifikacyjne związane z udziałem w projekcie.

- wsparcie: …………………………………………………………………………………...….

…..……………………………………… ……………………………………………

MIEJSCOWOŚĆ I DATA PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU