***PROGRAMUL OPERAȚIONAL CAPITAL UMAN***

*Axa prioritară 4 - Incluziunea socială și combaterea sărăciei*

*Obiectivul tematic 9: Promovarea incluziunii sociale, combaterea sărăciei și a oricărei forme de discriminare*

*Prioritatea de investiții 9.iv: Creșterea accesului la servicii accesibile, durabile și de înaltă calitate, inclusiv asistență medicală și servicii sociale de interes general*

*Obiectivul specific 4.9: Creșterea numărului de persoane care beneficiază de programe de sănătate și de servicii orientate către prevenție, depistare precoce (screening), diagnostic și tratament precoce pentru principalele patologii*

Titlul proiectului:***Organizarea de programe de depistare precoce (screening), diagnostic și tratament precoce al tuberculozei, inclusiv al tuberculozei latente***

*Contract nr. POCU/225/4/9/117426 (Cod SMIS 2014+: 117426)*

**Formular 5**

**ANGAJAMENT**

**de disponibilitate față de activitățile proiectului**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidat la grupul țintă al proiectului POCU/225/4/9/117426 ”***Organizarea de programe de depistare precoce (screening), diagnostic și tratament precoce al tuberculozei, inclusiv al tuberculozei latente”*** cod SMIS2014+: 117426, declar pe propria răspundere că am fost informat(a) despre obiectivele și activitățile proiectului, și mă angajez să respect cerințele programului, să particip la toate activitățile care îmi revin și sa întocmesc toate documentele solicitate, în cadrul programului de formare “*Curs privind rolul asistenței medicale primare și comunitare în prevenirea, depistarea precoce și abordul medical și social integrat al cazurilor de TB, inclusiv TB latentă*” pentru care am optat:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Profesia:*** | ***Județul și orașul*** | ***Perioada*** |
| *Asistenți sociali* |  |  |
| *Asistenți medicali comunitari* |  |  |
| *Asistenți medicali* |  |  |
| *Mediatori sanitari* |  |  |

Data:

Nume, prenume și semnătura:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_