**IZJAVA OSEBE GLEDE SEZNANITVE S PROJEKTNIMI AKTIVNOSTMI, POGOJI IZVAJANJA IN ROKI TER PRIVOLITEV ZA VKLJUČITEV V OBRAVNAVO**

Podpisani (ime in priimek osebe) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sem bil/a dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_s

strani izbranega osebnega oziroma zdravnika/ce (ime in priimek) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_seznanjen/a z oceno zdravstvenega stanja, zaključenim zdravljenjem in predlogom za namestitev in vključitev v program obravnave pri upravičencu v projektu »Razvoj novih organizacijskih oblik obravnave za osebe, ki zaradi posledic poškodb ali bolezni potrebujejo začasno obravnavo v instituciji« \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ na naslovu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Izjavljam, da sem s projektnimi aktivnostmi seznanjen/a in dajem privolitev za vključitev v projektne aktivnosti (tj. v obravnavo).

Izjavljam tudi, da sem seznanjen/a in se strinjam, da so mi namestitev in storitve obravnave zagotovljene največ 21 zaporednih koledarskih dni.

PODPIS

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

Kraj: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_