



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

PROGRAMUL SĂNĂTATE

Obiectivul de politică 4: O Europă mai socială și incluzivă prin implementarea Pilonului european al drepturilor sociale

Prioritatea 1: Creșterea calității serviciilor de asistență medicală primară, comunitară, a serviciilor oferite în regim ambulatoriu și îmbunătățirea și consolidarea serviciilor preventive

Obiectiv specific: ESO4.11.

Titlul proiectului: LIVE(RO)4 SUD-MUNTENIA Program regional de prevenire, screening și diagnostic al pacienților cu boli hepatice cronice

Cod MySMIS: 344475

DECLARAȚIA PRIVIND GT DIN GRUPURI VULNERABILE

Subsemnatul/ Subsemnata _____,
reprezentant legal al Cabinetului medical (Cabinet medical individual/ Cabinete medicale
grupate/ Cabinete medicale asociate/ Societate civilă medicală)

_____, având sediul în localitatea _____ strada
_____, nr. _____ bloc _____ scara _____, etaj _____
ap. _____ sector / Județ _____,

declar pe propria răspundere următoarele:

➔ Înțelegerea scopului programului

Am luat la cunoștință și înțeleg pe deplin faptul că programul de screening dezvoltat în cadrul proiectului "LIVE(RO)4 SUD-MUNTENIA Program regional de prevenire, screening și diagnostic al pacienților cu boli hepatice cronice" este dedicat **EXCLUSIV PERSOANELOR APARTINÂND GRUPURILOR VULNERABILE ȘI/SAU DEFAVORIZATE SOCIO-ECONOMIC ȘI/SAU PROVENIND DIN COMUNITĂȚI MARGINALIZATE**, iar activitățile derulate în cadrul proiectului trebuie să vizeze aceste categorii de populație.

➔ Disponibilitate

Îmi exprim disponibilitatea de a participa activ la includerea în programul de screening a persoanelor eligibile din grupuri vulnerabile.

➔ Capacitate operațională

Am capacitatea de a facilita accesul la servicii de screening pentru persoane aparținând grupurilor vulnerabile definite după cum urmează (conform prevederilor Ghidului Solicitantului):

- ✓ persoane cu dizabilități, inclusiv persoane invalide și cu nevoi complexe
- ✓ persoane cu probleme de sănătate mintală
- ✓ minorități etnice defavorizate (ex. cetățeni români aparținând minorității rome)
- ✓ migranți/refugiați
- ✓ persoane infectate cu HIV/ SIDA;
- ✓ etilicii cronici
- ✓ persoane aflate în detenție/ lipsite de libertate/arest preventiv și din alte instituții corecționale
- ✓ persoane spitalizate cronic în unități de psihiatrie
- ✓ persoane din căminele de bătrâni, din cămine spital



INSTITUTUL CLINIC FUNDENI
SOS. FUNDENI, NR.258, SECTOR 2, 022328 BUCUREȘTI
TEL: 021.317.21.94 FAX: 021.318.04.44
EMAIL: SECRETARIAT@ICFUNDENI.RO
Operator de date cu caracter personal 8802





Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

PROGRAMUL SĂNĂTATE

Obiectivul de politică 4: O Europă mai socială și incluzivă prin implementarea Pilonului european al drepturilor sociale

Prioritatea 1: Creșterea calității serviciilor de asistență medicală primară, comunitară, a serviciilor oferite în regim ambulatoriu și îmbunătățirea și consolidarea serviciilor preventive

Obiectiv specific: ESO4.11.

Titlul proiectului: LIVE(RO)4 SUD-MUNTENIA Program regional de prevenire, screening și diagnostic al pacienților cu boli hepatice cronice

Cod MySMIS: 344475

- ✓ persoane care au copii cu dizabilități
- ✓ persoane din familii monoparentale
- ✓ persoane din sau care au fost anterior în centre de plasament
- ✓ persoane care au părăsit sistemul de protecție a copilului
- ✓ persoane care suferă de dependență de alcool, droguri și/sau alte substanțe toxice
- ✓ persoane victime ale violenței domestice
- ✓ persoane victime ale traficului de ființe umane

Subsemnatul/ Subsemnata _____, declar pe propria răspundere că am luat la cunoștință prevederile contractuale conform condițiilor stabilite în cadrul programului LIVERO4 SM referitoare la:

- ✓ obligația de a asigura numărul minim de pacienți screenați
- ✓ obligația de a realiza acțiuni de prevenție și screening pentru boli hepatice cronice exclusiv către persoane aparținând grupurilor vulnerabile și/sau defavorizate socio-economic și/sau provenind din comunități marginalizate.

Înțeleg și accept faptul că nerespectarea acestei obligații poate conduce la aplicarea măsurilor prevăzute în contract, inclusiv încetarea/rezilierea contractului de afiliere, cu toate consecințele ce decurg din aceasta.

Îmi asum responsabilitatea îndeplinirii obligațiilor contractuale și declar că voi depune toate diligențele necesare pentru respectarea condițiilor impuse.

Denumire cabinet

Nume reprezentant legal

Semnătura

Data



INSTITUTUL CLINIC FUNDENI
SOS. FUNDENI, NR.258, SECTOR 2, 022328 BUCURESTI
TEL: 021.317.21.94 FAX: 021.318.04.44
EMAIL: SECRETARIAT@ICFUNDENI.RO
Operator de date cu caracter personal 8802

