



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



### DEKLARACJA POUFNOŚCI

Imię i nazwisko członka KOP: .....

Instytucja organizująca konkurs: Ministerstwo Zdrowia

Numer konkursu: POWR.05.03.00-IP.05-00-003/17

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem/-am się z regulaminem pracy Komisji Oceny Projektów powołanej w ramach Działania 5.3 *Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych* Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój oraz zobowiązuję się do:

- 1) wypełniania moich obowiązków w sposób uczciwy i sprawiedliwy, zgodnie z posiadaną wiedzą;
- 2) bezterminowego zachowania w tajemnicy wszystkich informacji i dokumentów ujawnionych i wytworzonych w trakcie wyboru projektów w ramach prac Komisji Oceny Projektów powołanej w Działaniu/Poddziałaniu ..... Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, w szczególności informacji i dokumentów, które stanowią tajemnice wynikające z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
- 3) niezatrzymywania kopii jakichkolwiek pisemnych lub elektronicznych informacji udostępnionych mi w trakcie wyboru projektów w ramach prac Komisji Oceny Projektów powołanej w Działaniu/Poddziałaniu ..... Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

....., dnia ..... r.

(miejsowość)

.....

(podpis)