



Projekt "Z nami wrócisz do formy – kompleksowe wsparcie, rehabilitacja oraz terapia osób starszych w Dziennym Domu Opieki Medycznej w Legnicy" nr RPDS.09.03.00-02-0013/18 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

### DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana/y:

.....

(imię i nazwisko)

deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „Z nami wrócisz do formy – kompleksowe wsparcie, rehabilitacja oraz terapia osób starszych w Dziennym Domu Opieki Medycznej w Legnicy” realizowanym przez Ekumeniczną Stację Opieki CPRRIOP w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020 ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie, drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania (zaznaczając właściwą odpowiedź).

Dane uczestniczki/uczestnika:		
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	Płeć	O Kobieta O Mężczyzna
4.	PESEL	
5.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe
Dane kontaktowe:		
1.	Województwo	
2.	Powiat	
3.	Gmina	

4.	Miejscowość	
5.	Ulica	
6.	Nr budynku	
7.	Nr lokalu	
8.	Kod pocztowy	
9.	Tel. kontaktowy	
10.	Tel. kontaktowy do rodziny/ opiekuna faktycznego	
11.	Adres e-mail	
Dane dodatkowe:		
1	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: osoba długotrwale bezrobotna inne
		osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: osoba długotrwale bezrobotna inne
		osoba bierna zawodowo w tym: inne (np. <b>emeryt, rencista</b> itp.) osoba ucząca się osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
		osoba pracująca w tym: osoba pracująca w administracji rządowej osoba pracująca w administracji samorządowej inne osoba pracująca w MMŚP osoba pracująca w organizacji pozarządowej osoba prowadząca działalność na własny rachunek osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
2	Wykonywany zawód	inny instruktor praktyczne nauki zawodu

	<p>INF DODATKOWA:</p> <p>wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca”</p>	<p>nauczyciel kształcenia ogólnego</p> <p>nauczyciel wychowania przedszkolnego</p> <p>pracownik kształcenia zawodowego</p> <p>pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia</p> <p>kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej</p> <p>pracownik instytucji rynku pracy</p> <p>pracownik instytucji szkolnictwa wyższego</p> <p>pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej</p> <p>pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej</p> <p>pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej</p> <p>rolnik</p>
3	<p>Zatrudniony w:</p> <p>INF DODATKOWA:</p> <p>wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca”</p>	
4	<p>Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</p>	<p><b>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</b></p> <p>Nie</p> <p>Odmowa podania informacji</p> <p>Tak</p> <p><b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b></p> <p>Nie</p> <p>Tak</p> <p><b>Osoba z niepełnosprawnościami</b></p> <p>Nie</p> <p>Odmowa podania informacji</p> <p>Tak</p> <p><b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej</b></p> <p>Nie</p> <p>Odmowa podania informacji</p> <p>Tak</p>

Jednocześnie:

1. Oświadczam, iż dane podane w Deklaracji uczestnictwa w projekcie odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Ekumeniczną Stację Opieki CPRRIOP w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.
2. Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y, że projekt pn. „**Z nami wrócisz do formy – kompleksowe wsparcie, rehabilitacja oraz terapia osób starszych w Dziennym Domu Opieki Medycznej w Legnicy**” (dalej Projekt) finansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa.
3. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie Projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera/kontrolera po zakończeniu udziału w Projekcie.
4. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem organizacyjnym DDOM, akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać.
5. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na wykorzystywanie zdjęć i filmów z moim wizerunkiem, wykonywanych podczas działań realizowanych w ramach przedmiotowego projektu do celów promocyjnych tego projektu.
6. Deklaruję iż spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w Projekcie.
7. Deklaruję, iż wraz ze mną ze wsparcia projektowego korzystać będzie: Pani/Pan: ..... będąca/będący dla mnie członkiem rodziny/opiekunem faktycznym.

Powyższe potwierdzam własnoręcznym podpisem \* :

.....

miejsce i data

.....

czytelny podpis

Uczestniczki/Uczestnika

Projektu

.....

czytelny podpis członka

rodziny/opiekuna faktycznego