**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

*Ja, niżej podpisana/y:*

*…………………………………………………………………………….…………………….………*

*(imię i nazwisko)*

**wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie**

*pn. „****O*rganizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu łukowskiego*”***

w ramach *Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020*

*współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach:*

*OSI PRIORYTETOWEJ 11 Włączenie społeczne*

*DZIAŁANIA 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne*

*NR UMOWY O DOFINANSOWANIE: RPLU.11.02.00-06-0075/18-02*

Oraz deklaruję że spełniam wymogi kwalifikacyjne związane z udziałem w projekcie.

Oświadczam, że:

* zapoznałem/am się i akceptuję treść Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa   
  w Projekcie.
* dane podane w formularzu rekrutacyjnym, są zgodne z prawdą.

Jednocześnie zobowiązuję się do:

* przestrzegania zasad uczestnictwa w projekcie wskazanych w Regulaminie rekrutacji   
  i uczestnictwa w Projekcie,
* uczestnictwa we wszystkich zaplanowanych formach wsparcia na zasadach określonych   
  w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie,
* usprawiedliwienia ewentualnych nieobecności.

Ponadto oświadczam, że:

1. Zobowiązuję są do udzielania niezbędnych informacji dla celów monitoringu, kontroli i ewaluacji Projektu w trakcie i do 3 m-cy po zakończeniu udziału w projekcie.
2. Zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu i oceną funkcjonowania DDOM.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2014 r., poz. 1182, z późn. zm.) wyłącznie w celu realizacji projektu, w szczególności w odniesieniu do zbiorów Centralnego Systemu Teleinformatycznego wspierającego realizację programów operacyjnych oraz RPO WP na lata 2014 -2020.

**DANE UCZESTNIKA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kraj | Rodzaj uczestnika | Nazwa instytucji |
|  |  |  |
| Imię | Nazwisko | PESEL |
|  |  |  |
| Bark pesel | Tak/Nie | |
| Płeć | Wiek w chwili przystąpienia do projektu | Wykształcenie |
|  |  |  |
| Województwo | Powiat | Gmina |
|  |  |  |
| Miejscowość | Ulica | |
|  |  | |
| Nr budynku | Nr lokalu | Kod pocztowy |
|  |  |  |
| Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) | Telefon kontaktowy | Adres e-mail |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie | Data zakończenia udziału w projekcie |
|  |  |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | W tym |
|  |  |
| Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia | |
|  |  |
| Wykonywany zawód | Zatrudniony w |
|  |  |
| Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie | Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie |
|  |  |
| Inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM) | |
|  |  |
| Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa | Tak/Nie |
| Rodzaj przyznanego wsparcia | W tym |
|  |  |
| Data rozpoczęcia udziału we wsparciu | Data zakończenia udziału we wsparciu |
|  |  |
| Data założenia działalności gospodarczej | Kwota środków przyznanych na założenie działalności gospodarczej |
|  |  |
| KD założonej działalności gospodarczej |  |
|  |

**STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:**

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  |
| Osoba z niepełnosprawnościami |  |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących |  |

**DODATKOWE INFORMACJE**

|  |  |
| --- | --- |
| Brak opiekuna, rodziny, os. samotna |  |
| Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności |  |

### Oświadczenia:

1. Oświadczam, że dane podane w formularzu odpowiadają **stanowi faktycznemu i są prawdziwe**. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować ***Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. zo.o. ul.Niklowa 9, 08-110 Siedlce*** w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. **Zostałem pouczony o odpowwiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.**

2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y że projekt pn. **„*O*rganizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu łukowskiego*”*** jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.

4. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Umową uczestnictwa w projekcie i akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać.

5. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w ramach działań realizowanych w związku z projektem.

6. Oświadczam, iż spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie.

7. Dobrowolnie zgłaszam chęc uczestnictwa w Projekcie.

…..……………………………………… ………..……………………………………………

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/OPIEKUNA PROJEKTU*