



Deklaracja uczestnictwa w projekcie

Ja, niżej podpisana/y:

.....
(imię i nazwisko)

wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie

pn. „Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu garwolińskiego”

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

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach:

OSI PRIORYTETOWEJ IX Wspieranie włączenia społecznego i walki z ubóstwem

DZIAŁANIA 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej

NR UMOWY O DOFINANSOWANIE: RPMA.09.02.02-14-b434/18

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 się do udzielania niezbędnych informacji dla celów monitoringu,
2. kontroli i ewaluacji Projektu w trakcie i do 3 m-cy po zakończeniu udziału w projekcie.
3. Zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu i oceną funkcjonowania DDOM.

4. 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.
5. Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie mojego imienia i nazwiska, wizerunku (zdjęć), materiałów medialnych z użyciem podstawowych danych osobowych, służących promocji Projektu, przygotowywanych przez Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp.z o.o. w Siedlcach oraz podmioty zarządzające i nadzorujące Projekt i nie będę rozścił sobie żadnych praw z tego tytułu.
6. Powyższa zgoda nie posiada ram czasowych ani terytorialnych oraz obejmuje różnorodne formy publikacji projektu takie jak: plakaty, ulotki, foldery, spoty radiowo-telewizyjne, informacje na stronie www.centrum.med.pl, w gazetach i w Internecie itp. Wykorzystanie na potrzeby realizacji i promocji projektu moich zdjęć, nie będzie naruszeniem moich dóbr osobistych.
7. Podanie danych osobowych i udzielenie zgody na bezpłatne wykorzystanie wizerunku jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

**Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie,
drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania.**

| Dane uczestniczki/uczestnika: | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 | Kraj | | | | | | | | | | | |
| 2 | Imię | | | | | | | | | | | |
| | Nazwisko | | | | | | | | | | | |
| 4 | PESEL | | | | | | | | | | | |
| 5 | Brak PESELU | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| 6 | Płeć | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna | | | | | | | | | | |
| 7 | Wiek w chwili przystąpienia do projektu | | | | | | | | | | | |
| 8 | 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. | Telefon kontaktowy | |
| 10. | Adres email | |
| Dane dodatkowe: | | |
| 1. | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: | <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne |
| | | <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne |
| | | <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu |
| | | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie |
| 2 | Wykonywany zawód INF DODATKOWA: wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca” | <input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktyczne nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik |
| | | |
| 3 | Zatrudniony w: INF DODATKOWA: wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca” | |

| | | |
|---|---|--|
| 4 | Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | <p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba z niepełnosprawnościami</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p>Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących,</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p>w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> |
|---|---|--|

.....
Miejsce, data

.....
Podpis uczestnika projektu