Zał. nr 3 Deklaracja udziału w projekcie

 **Deklaracja uczestnictwa w projekcie**

*Ja, niżej podpisana/y:*

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

*(imię i nazwisko)*

**wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie**

 ***pn. „Organizacja i prowadzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Bielanach drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu sokołowskiego. ”***

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:* ***Projekt RPMA.09.02.02-14-D522/19***

 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.

1. Zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją

projektu i oceną funkcjonowania DDOM.

1. 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 WM na lata 2014 -2020.
2. 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.
3. 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](http://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 |  |
| 6 | Płeć | 1. Kobieta
2. Mężczyzna
 |
| 7 | Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| 8 | Wykształcenie: | 1. gimnazjalne,
2. niższe niż podstawowe,
3. podstawowe,
4. policealne,
5. ponadgimnazjalne,
6. 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: | * 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
* 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 zawódINF DODATKOWA:wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca” | * inny
* instruktor praktyczne nauki zawodu
* nauczyciel kształcenia ogólnego
* nauczyciel wychowania przedszkolnego
* pracownik kształcenia zawodowego
* pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
* kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
* pracownik instytucji rynku pracy
* pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
* pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
* pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
* pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej
* 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 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia* Nie
* Odmowa podania informacji
* Tak

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań* Tak
* Nie

Osoba z niepełnosprawnościami* Nie
* Odmowa podania informacji
* Tak

Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących,* Nie
* Tak

w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu* Tak
* Nie

Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu* Tak
* Nie

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)* Nie
* Odmowa podania informacji
* Tak
 |

……………………………………. ………………………………………………….

 Miejsce, data Podpis uczestnika projektu