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 Hołubli drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu siedleckiego”***

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-B424/18***

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.

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 zawód  INF 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