**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 Strachówce drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu wołomińskiego. ”***

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:* ***Nr RPMA.09.02.02-14-b426/18***

 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 rościł 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: | gimnazjalne,niższe niż podstawowe,podstawowe,policealne,ponadgimnazjalne,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 bezrobotnainne |
| * osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy

w tym:osoba długotrwale bezrobotnainne |
| * osoba bierna zawodowo

w tym:inneosoba ucząca sięosoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu |
| * osoba pracująca

w tym:osoba pracująca w administracji rządowejosoba pracująca w administracji samorządowejinneosoba pracująca w MMŚPosoba pracująca w organizacji pozarządowejosoba prowadząca działalność na własny rachunekosoba 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” | innyinstruktor praktyczne nauki zawodunauczyciel kształcenia ogólnegonauczyciel wychowania przedszkolnegopracownik kształcenia zawodowegopracownik instytucji systemu ochrony zdrowiakluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznejpracownik instytucji rynku pracypracownik instytucji szkolnictwa wyższegopracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczejpracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznejpracownik poradni psychologiczno – pedagogicznejrolnik |
| 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