



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik 6 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE OSOBY/OPIEKUNA Z OTOCZENIA OSOBY ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM

WYPEŁNIA opiekun/osoba z otoczenia osoby ze stwardnieniem rozsianym:

Ja niżej podpisany/a

Numer PESEL

Zamieszkała/y

1. Deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi na rynku pracy” w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013, Priorytet I „Zatrudnienie i integracja społeczna”, Działanie 1.3 „Ogólnopolskie programy integracji i aktywizacji zawodowej”, Poddziałanie 1.3.6 i zobowiązuje się do uczestnictwa w nim w okresie jego trwania.
2. Zobowiązuję się do brania udziału w zaproponowanej dla mnie formie wsparcia w ramach projektu i potwierdzania tego faktu na liście obecności. Ponadto, w przypadku choroby zobowiązuję się usprawiedliwić swoją nieobecność.
3. Zobowiązuję się również udzielić niezbędnych informacji o osiągniętych rezultatach (np. podjęcie zatrudnienia, nauki, zmiany danych teleadresowych itp.) na każdym etapie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu.

Oświadczam, że:

- I. zapoznałem/am się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie,
- II. zostałem/em pouczone/a/y o odpowiedzialności wynikającej z przepisów prawa za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, przestępstwo z art. 271 Kodeksu Karnego
- III. zostałem/em poinformowany o współfinansowaniu projektu „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi na rynku pracy” ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Fundusze Społecznego i Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- IV. nie korzystam z podobnych form wsparcia w identycznym zakresie w ramach innych projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Fundusze Społecznego, jak również dofinansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis uczestnika projektu

