



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 2 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

WYPEŁNIA Beneficjent Ostateczny:

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 tj. 01.12.2012r. – 30.11.2014r.
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. spełniam poniższe wymogi projektowe:
 - posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub równoważne
 - jestem w wieku między 15 a 59 rokiem życia (dla kobiet) i 64 (dla mężczyzn)*
 - posiadam zdiagnozowane SM
 - jestem osobą niepracującą
- III. zostałem/em pouczone/a o odpowiedzialności wynikającej z przepisów prawa za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, przestępstwo z art. 271 Kodeksu Karnego
- IV. 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 Funduszu Społecznego i Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- V. nie korzystam z podobnych form wsparcia w identycznym zakresie w ramach innych projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, jak również dofinansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis uczestnika projektu

.....
*(Czytelny podpis rodzica /opiekuna prawnego /
przedstawiciela ustawowego**)*

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób niepełnoletnich lub ubezwłasnowolnionych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w deklaracji dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych Dz.U. Nr 133 poz. 883)