Deklaracja uczestnictwa w projekcie ***Eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka wśród pracowników Domu Pomocy Społecznej nr 1 oraz Domu Pomocy Społecznej nr 2 w Sosnowcu*** RPSL.08.03.02-24-009A/22

1. Deklarację należy wypełnić w sposób elektroniczny lub ręczny drukowanymi literami oraz podpisać w wyznaczonym miejscu.
2. Należy uzupełnić wszystkie rubryki, jeśli pytanie nie dotyczy kandydata prosimy wpisać adnotację „nie dotyczy”.
3. Wybraną odpowiedź w pytaniach zamkniętych należy zaznaczyć symbolem „x”.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane uczestnika** | 1 | **Imię** |  | | | | | | | | | | | |
| 2 | **Nazwisko** |  | | | | | | | | | | | |
| 3 | **PESEL** |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | **Wykształcenie (zaznaczyć właściwe)** | | | | | | | | | | | | |
| niższe niż podstawowe □ podstawowe □ | | | | | | | | | | | | |
| gimnazjalne □ ponadgimnazjalne □ | | | | | | | | | | | | |
| policealne □ wyższe □ | | | | | | | | | | | | |
| **Dane kontaktowe uczestnika (dotyczy miejsca zamieszkania)** | 5 | **Gmina** | | | |  | | | | | | | | |
| 6 | **Miejscowość** | | | |  | | | | | | | | |
| 7 | **Ulica** | | | |  | | | | | | | | |
| 8 | **Nr budynku** | | | |  | | | | | | | | |
| 9 | **Nr lokalu** | | | |  | | | | | | | | |
| 10 | **Kod pocztowy** | | | |  | | | | | | | | |
| 11 | **Telefon kontaktowy** | | | |  | | | | | | | | |
| 12 | **Adres e-mail** | | | |  | | | | | | | | |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu** | 14 | **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (zaznaczyć właściwe)** | | | | | | | | | | | | |
| Tak □ Nie □ Odmowa podania informacji □ | | | | | | | | | | | | |
| 15 | **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań (zaznaczyć właściwe)** | | | | | | | | | | | | |
| Tak □ Nie □ Odmowa podania informacji □ | | | | | | | | | | | | |
| 16 | **Osoba z niepełnosprawnościami (zaznaczyć właściwe)** | | | | | | | | | | | | |
| Tak □ Nie □ Odmowa podania informacji □ | | | | | | | | | | | | |
| 17 | **Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (zaznaczyć właściwe)** | | | | | | | | | | | | |
| Tak □ Nie □ Odmowa podania informacji □ | | | | | | | | | | | | |
| Ja niżej podpisany/a pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:   1. Wyrażam wolę uczestniczenia w projekcie „Eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka wśród pracowników Domu Pomocy Społecznej nr 1 oraz Domu Pomocy Społecznej nr 2 w Sosnowcu” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020. 2. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, potwierdzone stosownym dokumentem 3. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. projekcie. 4. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem projektu i akceptuję jego warunki. 5. Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. 6. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego 7. Oświadczam, iż zostałem poinformowany o możliwości używania i rozpowszechniania mojego wizerunku/wypowiedzi przez realizatorów projektu pt.: „Eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka wśród pracowników Domu Pomocy Społecznej nr 1 oraz Domu Pomocy Społecznej nr 2 w Sosnowcu” dla celów działań informacyjno-promocyjnych związanych z realizacją Projektu na stronie internetowej projektu oraz w materiałach promocyjnych. | | | | | | | | | | | | | | |

Miejscowość, data Czytelny podpis