

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE KORZYSTANIA ZE ZDALNYCH FORM WSPARCIA

Ja,

(Imię i Nazwisko Uczestnika),

Oświadczam, iż zgadzam się na realizację form wsparcia udzielanych w ramach Projektu „**WORK-ON. Program kompleksowej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami. II edycja**” takich jak: diagnoza potrzeb i sytuacji Uczestnika oraz opracowanie IPD, poradnictwo zawodowe, wsparcie specjalistów (trenera aktywizacji/asystenta), szkolenie pozwalające na zdobycie kompetencji/kwalifikacji zawodowych, staż zawodowy w formie zdalnej z wykorzystaniem połączenia on-line przy użyciu komunikatorów internetowych, platform webinarowych i e-learningowych oraz deklaruję w nich udział zgodnie z ustalonym harmonogramem.

Jednocześnie oświadczam, iż:

1. Posiadam dostęp do Internetu z przepustowością umożliwiającą komunikację audio-video i spełniam warunki techniczne: posiadam komputer/tablet/urządzenie przenośne wyposażone w kamerę, mikrofon i głośnik wraz z niezbędnym oprogramowaniem do korzystania z w/w narzędzi do komunikacji zdalnej oraz posiadam zainstalowane na komputerze/tablecie/urządzeniu przenośnym oprogramowanie do przeglądania dokumentów tekstowych.
2. Posiadam warunki lokalowe do realizacji spotkań w formie zdalnej tzn. dostęp do pomieszczenia, w którym będzie możliwość prowadzenia swobodnej rozmowy z doradcą/pośrednikiem/trenerem/organizatorem stażu bez udziału osób trzecich.

3. Nie mam ograniczeń zdrowotnych, technicznych i sprzętowych czy też zobowiązań w czasie proponowanych form wsparcia.
4. Jestem w pełni przygotowany/a do realizacji spotkań w sposób zdalny.
5. Nie zgadzam się na rejestrowanie/nagrywanie spotkań on-line i zobowiązuję się do nie rejestrowania/nagrywania ze względu na poufność spotkania.
6. Zgadzam się na udokumentowanie spotkań w formie zdjęć.
7. Zgadzam się na przetwarzanie wizerunku oraz archiwizację i przekazanie zdjęć ze spotkań z moim udziałem w celach dokumentacyjnych i kontrolnych.
8. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości monitorowania realizowanego wsparcia w sposób zdalny przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
9. Zobowiązuję się do uzupełnienia oryginałów dokumentów z udzielonych form wsparcia.

Podpis Uczestnika/Uczestniczki

.....