

NR IDENTYFIKACYJNY: .....

**1. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**„Motywacja, Aktywność, Praca - program aktywizacji społeczno-zawodowej dla osób z niepełnosprawnościami zamieszkałych na terenie województwa małopolskiego”**

(nr projektu FEMP.06.16-IP.02-0004/24)

**DANE OSOBOWE UCZESTNIKA:**

Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
<b>Adres zamieszkania:</b> <b>Miejscowość:</b> ..... <b>Powiat:</b> ..... <b>Gmina:</b> ..... <b>Ulica i numer domu:</b> ..... .....	
<b>Data złożenia dokumentów rekrutacyjnych</b> (DD-MM-RRRR)	
<b>Data kwalifikacji do projektu</b> (DD-MM-RRRR) - <i>wypełnia realizator projektu</i>	

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.**

.....  
 (data i czytelny podpis **osoby reprezentującej Realizatora projektu**)

**PROSZĘ O ZAZNACZENIE INFORMACJI DOTYCZĄCYCH PANA/PANI SYTUACJI****OŚWIADCZAM, ŻE:**

<input type="checkbox"/>	<b>JESTEM OSOBĄ BIERNĄ ZAWODOWO</b> , tzn. <i>nie pracuję, nie jestem zarejestrowany(a) w urzędzie pracy i nie poszukuję pracy.</i>
<input type="checkbox"/>	<b>JESTEM OSOBĄ:</b> <input type="checkbox"/> zamieszkałą lub <input type="checkbox"/> uczącą się lub (nazwa uczelni/szkoły i adres: .....) na terenie województwa małopolskiego
<input type="checkbox"/>	<b>JESTEM OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ <sup>1</sup></b>
<input type="checkbox"/>	<b>NIE JESTEM UCZESTNIKIEM</b> innego projektu dotyczącego aktywizacji społeczno-zawodowej współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+).

**PONADTO OŚWIADCZAM RÓWNIEŻ, ŻE:**

1. Nie będę uczestniczył w innym projekcie dotyczącym aktywizacji społeczno-zawodowej współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+).
2. Zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego PLUS;
3. Zostałem poinformowany, że w związku z ich udziałem w projekcie przysługuje mi refundacja kosztów dojazdu i/lub kosztów opieki nad osobą potrzebującą

<sup>1</sup> **Za osoby niepełnosprawne uznaje się** osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r., Nr 231 poz. 1375), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.



wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i /lub kosztów związanych z opieką na dzieckiem do lat 7 oraz o możliwości dostosowania form wsparcia do sytuacji zdrowotnej (tj. możliwość zapewnienia asystenta, tłumacza migowego, itp.);

4. Zapoznałem/łam się i akceptuję Regulamin Udziału w Projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego PLUS;
5. Mam świadomość, że jestem zobowiązana/y do aktywnego udziału we wszystkich oferowanych w projekcie formach wsparcia;
6. Nie przerwę uczestnictwa w projekcie bez ważnych powodów;
7. Wyrażam zgodę na wypełnienie ankiet oraz innych dokumentów sprawozdawczych w trakcie i po zakończeniu udziału w projekcie;
8. Wyrażam zgodę na publikację zdjęć /nagrań audiowizualnych z projektu z moim udziałem na stronie internetowej Projektodawcy oraz w innych materiałach promujących ww. projekt;
9. Zobowiązuje się do przekazania informacji dotyczącej sytuacji zawodowej po zakończeniu udziału w projekcie (do 6 miesięcy od zakończenia udziału w Projekcie);
10. Zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów (tj. np. kserokopii umowy, zaświadczenia Pracodawcy, itp.) potwierdzających podjęcie zatrudnienia w okresie do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie;
11. Zobowiązuje się do udział w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Instytucji Zarządzającej lub Instytucji Pośredniczącej oraz badaniom zleconym podmiotom zewnętrznym.

***Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje (od str. 1 do str. 3) są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.***

.....  
(data i czytelny podpis **Uczestnika** projektu)