

*Załącznik nr 4 do Regulaminu organizacyjnego
Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skoczowie*

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
PN.: DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ W SKOCZOWIE**
realizowanym przez Niepubliczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Piotr Gruszczyk Sp. z o.o., ul. Zofii Kossak-Szatkowskiej 24, 43-430 Skoczów

I. Dane uczestnika:	
1. Imię	
2. Nazwisko	
3. PESEL	
4. Płeć	Kobieta Mężczyzna
5. Data urodzenia	
6. Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
7. Wykształcenie wg ISCED	a. niższe niż podstawowe b. podstawowe c. gimnazjalne d. ponadgimnazjalne e. policealne f. wyższe
II. Dane teleadresowe uczestnika	
8. Ulica	
9. Nr budynku	
10. Nr lokalu	
11. Kod pocztowy	
12. Miejscowość	
13. Telefon kontaktowy	
14. Adres e-mail	
III. Informacje dodatkowe	
15. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	a. osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy b. osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy c. osoba bierna zawodowo, w tym: * osoba nieuczestnicząca w kształceniu i szkoleniu * osoba ucząca się * inne d. osoba pracująca
16. Wykonywany zawód	

17. Miejsce zatrudnienia	
18. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	a. Nie b. Tak c. Odmowa podania informacji
19. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	a. Nie b. Tak
20. Osoba z niepełnosprawnościami	a. Nie b. Tak
21. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	a. Nie b. Tak c. Odmowa podania informacji

Oświadczam, że wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Skoczowie” realizowanym przez Niepubliczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Piotr Gruszczyk Sp. z o.o., w Skoczowie, realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (Europejski Fundusz Społeczny) dla osi priorytetowej: IX. Włączenie społeczne dla działania: 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne dla poddziałania: 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych.

Ponadto oświadczam, że:

- zostałam/-em poinformowana/y, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
- zapoznałam/-em się z Regulaminem organizacyjnym Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skoczowie i akceptuję jego warunki;
- zostałam/-em pouczona/-y o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń i jednocześnie potwierdzam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.
- zobowiązuję się do poinformowania Realizatora projektu o każdorazowej zmianie swoich danych.
- wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie trwania Projektu oraz po jego zakończeniu;
- wyrażam zgodę na wykorzystywanie zdjęć, filmów z moim wizerunkiem wykonywanych podczas działań realizowanych w ramach przedmiotowego projektu do celów promocyjnych i sprawozdawczych.

.....
miejscowość, data

.....
podpis