



Projekt „Pszczynski Dzienny Dom Opieki Medycznej” realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 3
do Regulaminu Organizacyjnego Pszczynskiego DDOM

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana/y:

.....
(imię i nazwisko)

deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „Pszczynskie Dzienny Dom Opieki Medycznej” realizowanym przez Centrum Przedsiębiorczości CP Sp. z o.o. prowadząca Szpital Powiatowy w Pszczynie w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

PROSIMY WYPEŁNIĆ PONIŻSZĄ TABELĘ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI LUB
KOMPUTEROWO ODPOWIADAJĄC NA WSZYSTKIE PYTANIA

Dane uczestniczki/uczestnika:	
1. Imię	
2. Nazwisko	
3. Płeć	O Kobieta O Mężczyzna
4. PESEL	
5. Wykształcenie: gimnazjalne, niższe niż podstawowe, podstawowe, policealne, ponadgimnazjalne, wyższe	
Dane kontaktowe:	
1. Województwo	
2. Powiat	
3. Gmina	
4. Miejscowość	
5. Ulica	
6. nr budynku	
7. nr lokalu	
8. Kod pocztowy	
9. Tel. kontaktowy	
10. Tel. kontaktowy do rodziny/ opiekuna faktycznego	
11. Adres e-mail	
Dane dodatkowe:	



Projekt „Pszczyński Dzienny Dom Opieki Medycznej” realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

1.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu*:	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> Osoba pracująca, wykonywany zawód: zatrudniona w:....
2.	Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> Osoba z niepełnosprawnościami (orzeczenie) <input type="checkbox"/> Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących <input type="checkbox"/> w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <input type="checkbox"/> Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

DANE KONTAKTOWE CZŁONKA RODZINY/ OPIEKUNA, Z KTÓRYM MOŻLIWY JEST KONTAKT W SPRAWIE PROJEKTU (który podpisuje *Załącznik nr 5 do Regulaminu organizacyjnego Pszczyńskiego Dziennego Domu Opieki Medycznej*)

Imię i Nazwisko	
Stopień pokrewieństwa/ relacja z opiekunem (np. sąsiad)	
Kod pocztowy, Miejscowość	
Województwo	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Numer telefonu kontaktowego (preferowany numer komórkowy)	
Adres e-mail	

Jednocześnie:



Projekt „Pszczynski Dzienny Dom Opieki Medycznej” realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

1. Oświadczam, iż dane podane w Deklaracji uczestnictwa w projekcie odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować realizatora Projektu w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.
2. Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y, że projekt pn. „**Pszczynski Dzienny Dom Opieki Medycznej**” realizowanym przez Centrum Przedsiębiorczości CP Sp. z o.o. prowadząca Szpital Powiatowy w Pszczynie jest współfinansowany w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie Projektu oraz zobowiązuje się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w Projekcie.
4. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem organizacyjnym Pszczynskiego DDOM, akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać.
5. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na wykorzystywanie zdjęć i filmów z moim wizerunkiem, wykonywanych podczas działań realizowanych w ramach przedmiotowego projektu do celów promocyjnych tego projektu.
6. Deklaruję iż spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w Projekcie.
7. Deklaruję, iż wraz ze mną ze wsparcia projektowego korzystać będzie: Pani/Pan:

.....
będąca/będący dla mnie członkiem rodziny/opiekunem faktycznym.

Powyższe potwierdzam własnoręcznym podpisem * :

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis
Uczestniczki/Uczestnika
Projektu

.....
czytelny podpis
członka
rodziny/opiekuna faktycznego