



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana/y:

.....
(imię i nazwisko, seria i numer dowodu osobistego)

deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej Maja” realizowanym przez
Śląskie Centrum Medyczne sp. z o. o w ramach Działania 5.2 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja
Rozwój.

Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie, drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając
na wszystkie pytania.

Dane uczestniczki/uczestnika:	
1.	Imię
2.	Nazwisko
3.	Płeć <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
4.	PESEL
5.	Wykształcenie: (gimnazjalne, niższe niż podstawowe, podstawowe, policealne, ponadgimnazjalne, wyższe)
6.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu
Dane kontaktowe:	
1.	Województwo
2.	Powiat
3.	Gmina
4.	Miejscowość
5.	Ulica
6.	nr budynku
7.	nr lokalu
8.	Kod pocztowy
9.	Telefon kontaktowy
10.	Telefon kontaktowy do rodziny/opiekuna faktycznego
11.	Adres e-mail
Dane dodatkowe:	
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 <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 <input type="checkbox"/> Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)
----	---	--

Jednocześnie:

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 Śląskie Centrum Medyczne sp. z o.o. w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.

2. Oświadczam, iż **zostałam/em poinformowana/y że projekt „Dzienny Dom Opieki Medycznej Maja” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej** 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 Projektu, 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 „Dzienny Dom Opieki Medycznej Maja”.

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

* W sytuacji, gdy stan Pacjentki/Pacjenta uniemożliwia Pacjence/Pacjentowi własnoręczne podpisanie dokumentów rekrutacyjnych to po przedstawieniu odpowiedniego zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego fakt, iż Pacjentka/Pacjent nie potrafi się sama/sam podpisać – Deklarację uczestnictwa w projekcie w imieniu danej Pacjentki/danego Pacjenta podpisuje osoba przez tę Pacjentkę/tego Pacjenta upoważniana (członek rodziny/opiekun faktyczny).

Biuro Projektu:
Śląskie Centrum Medyczne Sp. z o.o.
ul. Armii Ludowej 3a, 44-304 Wodzisław Śląski
tel.: +48 32 729 88 58 (wew. 6). fax: +48 32 45 69 002
www.scm24.pl , e-mail:centrum.med@gmail.com

