

Projekt "Nowy DDOM w szpitalu VM - stworzenie dodatkowych miejsc kompleksowej rehabilitacji, terapii oraz wsparcia dla osób po przebytych hospitalizacjach" nr RPDS.09.03.00-02-0007/18 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana/y:

.....
(imię i nazwisko)

deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „**Nowy DDOM w szpitalu VM - stworzenie dodatkowych miejsc kompleksowej rehabilitacji, terapii oraz wsparcia dla osób po przebytych hospitalizacjach**” realizowanym przez Vratislavia Medica sp. z o.o. w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020 ze środków 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	<input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> 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:		
1	<p>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:</p>	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <hr/> <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <hr/> <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo w tym: <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <hr/> <input type="checkbox"/> osoba pracująca w tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <hr/> <input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktyczne nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <hr/> <input type="checkbox"/> inny
2	<p>Wykonywany zawód</p> <p>INF DODATKOWA: wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca”</p>	<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktyczne nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik
3	<p>Zatrudniony w:</p> <p>INF DODATKOWA: wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca”</p>	

4	Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba z niepełnosprawnościami</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p>
---	---	--

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 Vratislavia Medica sp. z o.o. (dalej VM) w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.

2. Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y, że projekt pn. „**Nowy DDOM w szpitalu VM - stworzenie dodatkowych miejsc kompleksowej rehabilitacji, terapii oraz wsparcia dla osób po przebytych hospitalizacjach**” (dalej Projekt) realizowanym przez VM jest realizowany ze środków 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 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