



Załącznik Nr 3 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana/y deklaruje swój udziałW projekcie nr FELD.08.04-IZ.00-0110/24 pt. **Dbamy o zdrowie pracowników Starostwa Powiatowego w Łowiczu** realizowanym przez Powiat Łowicki w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027 w okresie **1.07.2025 r.-31.07.2026 r.**

Beneficjentem projektu jest **Powiat Łowicki**.

1. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie i tym samym zobowiązuję się do systematycznego udziału w formach wsparcia, do których zostałam/em zakwalifikowana/y.
3. Wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie realizacji Projektu oraz po jego zakończeniu.
4. Oświadczam, że zostałam/em pouczone/a/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
5. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.
6. Zobowiązuje się dostarczyć dokumenty potwierdzające spełnienie przez uczestnika projektu kryteriów kwalifikowalności uprawniających go do udziału w projekcie określonych w Wytycznych dotyczących kwalifikowalności oraz w Regulaminie wyboru projektów;
7. Zobowiązuje się do przekazania informacji dotyczących sytuacji uczestnika projektu po zakończeniu udziału w projekcie (do 4 tygodni od zakończenia udziału) zgodnie z zakresem danych określonych w Wytycznych dotyczących monitorowania.

.....
(data i czytelny podpis uczestnika)

Data udzielenia pierwszej formy wsparcia uczestnikowi projektu¹:

.....

Podpis Koordynatora projektu:

.....

1 Wypełnia biuro projektu.



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



KWESTIONARIUSZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU „Dbamy o zdrowie pracowników Starostwa Powiatowego w Łowiczu”. *

1.	Obywatelstwo (wypełnić drukowanymi literami)	
2.	Rodzaj uczestnika (podkreślić właściwe)	Indywidualny / instytucjonalny
3.	Nazwa instytucji	
4.	Imię	
5.	Nazwisko	
6.	PESEL/Inny identyfikator	
7.	Płeć (podkreślić właściwe)	kobieta / mężczyzna
8.	Wiek w chwili przystąpienia do Projektu	
9.	Wykształcenie	
10.	Kraj	
11.	Województwo	
12.	Powiat	
13.	Gmina	
14.	Miejscowość	
15.	Kod pocztowy	
16.	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	
17.	Telefon kontaktowy	
18.	Adres e-mail	
19.	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
20.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu	

Dbamy o zdrowie pracowników Starostwa Powiatowego w Łowiczu.

Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0110/24 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027. Beneficjent: Powiat Łowicki



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



21.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	☐ NIE ☐ Odmawiam podania informacji ☐ TAK
22.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ NIE ☐ Odmawiam podania informacji ☐ TAK
23.	Osoba z niepełnosprawnościami	☐ NIE ☐ Odmawiam podania informacji ☐ TAK
24.	Osoba obcego pochodzenia	☐ NIE ☐ Odmawiam podania informacji ☐ TAK
25.	Obywatel państwa trzeciego	☐ NIE ☐ Odmawiam podania informacji ☐ TAK
26.	Data wypełnienia kwestionariusza	
27.	Czytelny podpis uczestnika	

*W przypadku zmiany danych osobowych podanych w w/w kwestionariuszu należy najpóźniej w terminie 7 dni poinformować o tych zmianach Biuro Projektu

Dbamy o zdrowie pracowników Starostwa Powiatowego w Łowiczu.

Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0110/24 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027. Beneficjent: Powiat Łowicki