Załącznik Nr 3 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Ja, niżej podpisana/y deklaruję mój udział ………………………………………..w 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 pouczona/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 projektu[[1]](#footnote-1): ….…………………….*  *Podpis Koordynatora projektu: ……………………………………………………………..* |

**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 |  |
| 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

1. Wypełnia biuro projektu. [↑](#footnote-ref-1)