



DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Numer projektu	<i>FESL.07.07-IZ.01-0A86/24</i>
Tytuł projektu	<i>Parasol możliwości</i>
Priorytet	<i>FESL.07.00- Fundusze Europejskie dla społeczeństwa</i>
Działanie	FESL.07.07 - Wsparcie rodziny, dzieci i młodzieży oraz deinstytucjonalizacja pieczy zastępczej.
Adres realizatora	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mikołowie z/s w Łaziskach Górnych 43-170 Łaziska Górne ul. Chopina 8

Dane uczestnika projektu:

Imię: nazwisko:

Tel.: e-mail:

Adres zamieszkania:

Miejscowość: Kod pocztowy:

Ul.: Nr domu/lokalu

Dane podstawowe opiekuna ustawowego/prawnego/zastępczego* (jeżeli uczestnikiem projektu jest dziecko lub osoba ubezwłasnowolniona):

Imię: nazwisko:

Tel.: e-mail:

Adres zamieszkania:

Miejscowość: Kod pocztowy:

Ul.: Nr domu/lokalu

Deklaruję chęć udziału w projekcie „Parasol możliwości” realizowanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mikołowie z siedzibą w Łaziskach Górnych i aktywne uczestnictwo w proponowanych w ramach projektu formach wsparcia.



Oświadczam, że:

1. Zapoznałam /em się z zasadami udziału w projekcie „Parasol możliwości” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz akceptuję jego postanowienia.
2. Zostałam /em poinformowana /ny, że projekt jest finansowany w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
3. Zostałam /em poinformowany, że w trakcie trwania projektu, nie mogę jednocześnie korzystać z takich samych form wsparcia w ramach innych projektów współfinansowanych z Funduszy Europejskich.
4. Spełniam wymogi kwalifikacyjne do projektu.
5. Zapoznałam/em się z informacjami dot. przetwarzania danych osobowych, stanowiący załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
6. Powyższe informacje są prawdziwe i mam świadomość odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań.

Załączniki:

- ☐ zaświadczenie organizatora pieczy zastępczej potwierdzające spełnianie warunku uczestnictwa w projekcie
- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności (w przypadku osób z niepełnosprawnością)
- ☐ inne:

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis kandydata/opiekuna

*właściwe podkreślić