

DEKLARACJA SKORZYSTANIA Z USŁUG SPOŁECZNYCH

Ja niżej podpisany (a)

.....
(imię i nazwisko składającego(ej) oświadczenie)

Zamieszkały (a):

.....
(adres zamieszkania : kod, miejscowość, ulica, nr domu/zamieszkania)

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem trwałości projektu „Rozwój usług społecznych i zdrowotnych w Zagłębiowskim Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-Psychologicznym” i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów.
2. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do skorzystania z usług społecznych w ramach trwałości projektu „Rozwój usług społecznych i zdrowotnych w Zagłębiowskim Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-Psychologicznym”.
3. Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że informacje zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne ze stanem faktycznym.
4. W terminie udziału w wybranych formach wsparcia oferowanych w projekcie, nie będę korzystać z takiego samego zakresu wsparcia, w takim samym terminie, w innym projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO:

1. Zobowiązuję się do usprawiedliwienia każdej nieobecności.
2. Zobowiązuję się do udzielania niezbędnych informacji oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby badań niezbędnych do prowadzenia ewaluacji i monitoringu trwałości projektu „Rozwój usług społecznych i zdrowotnych w Zagłębiowskim Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-Psychologicznym” (zgodnie z art.23, ust.1, pkt.1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych, Dz.U. 2015.poz.2135)

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA PROJEKTU

.....
CZYTELNIE PODPIS UCZESTNIKA

*W przypadku, gdy Podopieczny nie może samodzielnie podpisać lub kontakt z nim jest ograniczony ustalenia dokonuje się z Opiekunem i Opiekun podpisuje kontrakt.