**Załącznik nr 7 do Regulaminu**

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane uczestnika/uczestniczki projektu** | |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |

Niniejszym oświadczam, iż:

1. dobrowolnie przystępuję do projektu „ASYSTENCI – LOKALNI SUPERBOHATEROWIE 3. Program wsparcia osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin.*”* o numerze FEDS.07.07-IP.02-0089/23 (zwanym dalej „projektem”);
2. zapoznałem się z Regulaminem Projektu wraz z załącznikami i akceptuje wszystkie warunki w nim zawarte;
3. zapoznałem się z Kodeksem Etycznym wskazanym w zał. nr 1 do Regulaminu Projektu i zobowiązuje się stosować zasady w nim wskazane;
4. spełniam wszystkie kryteria dostępu zawarte w Regulaminieprojektu*,* tj. w szczególności
   * 1. zamieszkuję w rozumieniu KC na obszarze subregionu wałbrzyskiego objętego wsparciem FST,
     2. jestem (*właściwe zaznaczyć*)
        + osobą z niepełnosprawnością potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
        + opiekunem faktycznym osoby z niepełnosprawnością potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
        + Asystentem osobistym osoby z niepełnosprawnościami/kandydatem na asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością;
5. zobowiązuję się do:
   * 1. uczestnictwa w proponowanym przez Lidera i Partnerów wsparciu w ramach projektu,
     2. wypełniania dokumentów związanych z realizacją działań projektowych oraz ewentualnych ankiet niezbędnych w procesie monitorowania Projektu,
     3. udzielenia informacji o mojej sytuacji po opuszczeniu Projektu,
     4. bieżącego informowania o wszystkich zmianach, które mogą mieć wpływ na udział w Projekcie, w tym także bieżącej aktualizacji danych kontaktowych
     5. przestrzegania Regulaminu Projektu wraz z załącznikami;
6. Zostałem/łam poinformowany/na, iż uczestniczę w projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Funduszy Europejskich dla Dolnego Śląska 2021-2027, Europejski Fundusz Społeczny Plus, Priorytet 7 Fundusze Europejskie na rzecz rynku pracy i włączenia społecznego na Dolnym Śląsku Działanie 7.7 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU lub opiekuna prawnego działającego w imieniu uczestnika projektu* |
|  |  |

Załączniki do Deklaracji Uczestnictwa:  
Załącznik nr 1 - Informacje na potrzeby monitorowania i oświadczenia uczestnika projektu  
załącznik nr 2 – Oświadczenie w zakresie danych osobowych

Zał. nr 1 do deklaracji Informacje na potrzeby monitorowania i oświadczenia uczestnika projektu

Oświadczenia

Niniejszym oświadczam, że

1. na dzień przystąpienia do Projektu moje dane zawarte w dokumentach rekrutacyjnych (właściwe zaznaczyć):

* nie uległy żadnej modyfikacji i są aktualne
* uległy zmianie (wskazać w jakim zakresie i podać aktualne dane) ………………………………………  
  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Informacja na potrzeby monitorowania wskaźników:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnością** | * TAK | * NIE |

Dodatkowe informacje o Uczestniku/Uczestniczce Projektu **w przypadku osób pracujących:**

Osoba pracująca w tym (proszę zaznaczyć właściwe):

* osoba prowadząca działalność na własny rachunek
* osoba pracująca w administracji rządowej
* osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]
* osoba pracująca w organizacji pozarządowej
* osoba pracująca w MMŚP
* osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
* osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
* osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)
* osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
* osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)
* osoba pracująca na uczelni
* osoba pracująca w instytucie naukowym
* osoba pracująca w instytucie badawczym
* osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
* osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
* osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
* osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
* inne

……………………………. .….………………………………………………..

data podpis uczestnika projektu lub opiekuna prawnego działającego w imieniu uczestnika projektu

OŚWIADCZENIE W ZAKRESIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że zapoznałem/am się z **Klauzulą informacyjną DWUP - Instytucji Pośredniczącej Funduszami Europejskimi dla Dolnego Śląska 2021-2027\*** (stanowiącą załącznik nr 3 do Regulaminu) ora **Klauzulą Informacyjną Beneficjenta\*** (stanowiącą załącznik nr 4 do Regulaminu) i wyrażam zgodę na przetwarzanie (właściwe zaznaczyć):

* moich danych osobowych
* danych osobowych osoby, pozostającej pod moją opieką prawną/kuratelą

w celach w nich wskazanych. Akceptuję wszelkie zapisy zawarte w klauzulach i jestem świadomy, że podanie danych jest dobrowolne, ale odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości podjęcia udziału w projekcie.

\**Klauzule są dostępne na stronie http://fundacjaincept.pl/projekty/asystenci-lokalni-superbohaterowie-3/do-pobrania/ oraz w formie papierowej w biurze projektu. Przed podpisaniem niniejszego oświadczenia na prośbę uczestnika klauzule zostaną mu odczytane przez członka personelu projektu obecnego podczas podpisywania deklaracji i/lub zostaną mu wydane ich wydruki. Klauzule mają charakter informacyjny i nie wymagają podpisania.*

……………………………. .….………………………………………………..  
data podpis osoby składającej oświadczenie