



Fundusze Europejskie
dla Małopolski



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



MAŁOPOLSKA

Załącznik nr 3
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w placówkach:
Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych
i Niezależnych w Skawinie
Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych
i Niezależnych w Jurczycach
prowadzonych w ramach projektu pn.
„Rozwój i funkcjonowanie placówek wsparcia dla
osób starszych i niezależnych w Gminie Skawina

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja, niżej podpisana/y,

.....

(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

zamieszkała/y.....

.....

(adres zamieszkania: miejscowość, numer domu/mieszkania, kod pocztowy)

Telefon kontaktowy:

Numer PESEL:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1. Dobrowolnie deklaruję udział we wszystkich zaproponowanych mi formach wsparcia w placówkach dziennej opieki i aktywizacji osób starszych, administrowanych przez Centrum Usług Społecznych w Skawinie, prowadzonych w ramach projektu: pn. „Rozwój i funkcjonowanie placówek wsparcia dla osób starszych i niezależnych w Gminie Skawina.

2. Zobowiązuję się do powiadomienia pracowników placówki, do której uczęszczam, o konieczności zrezygnowania z udziału we wsparciu placówki co najmniej tygodniowym wyprzedzeniem.

3. Oświadczam, iż podane wyżej dane są zgodne z prawdą i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych zgodnie z §233 Kodeksu Karnego.

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Usług Społecznych w Skawinie.

5. Oświadczam, iż spełniam warunki kwalifikujące mnie do udziału w procesie rekrutacyjnym do wskazanych placówek tj.:

a. *zamieszkuje na terenie Gminy Skawina*

b. *potrzebuję opieki i pomocy z uwagi na: wiek, chorobę i/lub niepełnosprawność*

c. *złożyłem/am oświadczenie dot. przetwarzania danych osobowych*

d. *złożyłem/am zaświadczenie lekarskie*

e. *nie otrzymuję jednocześnie wsparcia w więcej niż jednym projekcie tego samego typu w ramach EFS+*

.....

miejscowość, data

.....

czytelny podpis Uczestnika