



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 3 do Regulaminu projektu

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Lokalny Ośrodek Wiedzy i Edukacji w Iławie”

Tytuł projektu:	Lokalny Ośrodek Wiedzy i Edukacji w Iławie
Numer projektu:	FEWM.06.05-IZ.00-0016/24
Wnioskodawca:	Stowarzyszenie Centrum Wspierania Organizacji Pozarządowych i Inicjatyw Obywatelskich
Partner:	Gmina Miejska Iława
Program:	Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur (FEWiM) 2021-2027
Priorytet:	FEWM.06.00 - Edukacja i kompetencje EFS+
Działanie:	FEWM.06.05 – Edukacja przez całe życie

Ja niżej podpisany(a)

deklaruję swój udział w Projekcie „**Lokalny Ośrodek Wiedzy i Edukacji w Iławie**” (**dalej Projekt**), którego realizatorem jest Stowarzyszenie Centrum Wspierania Organizacji Pozarządowych i Inicjatyw Obywatelskich w partnerstwie z Gminą Miejską Iława.

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Projektu dostępnym biurze projektu przy ul. Jana III Sobieskiego 9 /127, 14-100 Ostróda.

Zostałem poinformowany, że Projekt jest współfinansowany ze środków EFS + w ramach programu Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur (FEWiM) 2021-2027.

1. Zobowiązuję się do wypełnienia formularza dotyczącego danych osobowych, ankiet, testów oraz podpisywania list obecności, dostarczanych przez realizatora w trakcie Projektu. Mam świadomość, iż dokumenty te posłużą realizatorowi w procesie monitorowania, kontroli oraz ewaluacji realizowanego Projektu.
2. Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do wzięcia udziału w Projekcie zgodnie z §3 Regulaminu Projektu.
3. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.
4. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji związanych z realizacją Projektu drogą telefoniczną i/lub elektroniczną.
5. Oświadczam, że w terminie udziału w wybranych formach wsparcia oferowanych w ramach Projektu, nie będę korzystał z takiego samego zakresu wsparcia, w tym samym okresie, w ramach innych realizowanych projektów.
6. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku do celów projektowych, w szczególności do promowania i upowszechniania Projektu na stronach internetowych, materiałach filmowych, publikacjach.



stowarzyszenie
centrum wspierania
organizacji pozarządowych
i inicjatyw obywatelskich



Miasto
Iława

BIURO PROJEKTU

14-100 Ostróda, ul. Jana III Sobieskiego 9/127
tel.: 789 308 650, e-mail: loweilawa@wp.pl
www.cwop.org.pl



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



7. Postanowienia końcowe:

- a) Zasady uczestnictwa w projekcie określa Regulamin projektu.
 - b) Stowarzyszenie Centrum Wspierania Organizacji Pozarządowych i Inicjatyw Obywatelskich zastrzega sobie prawo zmiany zasad uczestnictwa w projekcie w sytuacji zmiany wytycznych i dokumentów programowych oraz warunków realizacji projektu.
 - c) W sprawach nieuregulowanych niniejszą deklaracją decyzje podejmuje kierownik projektu.
 - d) Deklaracja obowiązuje w całym okresie realizacji Projektu.
8. Potwierdzam i podtrzymuję w mocy wszystkie zgody, których udzieliłem/am w formularzu zgłoszeniowym.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu



stowarzyszenie
centrum wspierania
organizacji pozarządowych
i inicjatyw obywatelskich



**Miasto
Ława**

BIURO PROJEKTU
14-100 Ostróda, ul. Jana III Sobieskiego 9/127
tel.: 789 308 650, e-mail: loweilawa@wp.pl
www.cwop.org.pl



DANE UCZESTNIKA PROJEKTU OTRZYMUJĄCEGO WSPARCIE

Imię/imiona:																					
Nazwisko:																					
PESEL:		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																			
Obywatelstwo																					
Wykształcenie:		<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne lub policealne <input type="checkbox"/> wyższe																			
1. Dane kontaktowe:																					
Województwo:																					
Powiat:																					
Gmina:																					
Miejscowość:																					
Ulica:																					
Nr budynku:		Nr lokalu: (nie dotyczy <input type="checkbox"/>)																			
Kod pocztowy:																					
Telefon kontaktowy:																					
Adres e-mail:																					
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:		<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji PUP	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji PUP																		
		w tym:	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna																		
		<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo	w tym:	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne																	
		<input type="checkbox"/> osoba pracująca	w tym:	<input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w MMŚP (mikro, małych, średnich przedsiębiorstwach) <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej																	



			<input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie ¹ <input type="checkbox"/> inne
Nazwa podmiotu, w którym osoba jest zatrudniona:			
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu			
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmawia podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu

¹ duże przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo zatrudniające powyżej 249 pracowników