

RPOP.08.02.00-16-00...../17

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
DANE UCZESTNIKA PROJEKTU OTRZYMUJĄCEGO WSPARCIE**

Dane Uczestnika Projektu														
Imię/ Imiona:														
Nazwisko:														
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna												
Data urodzenia: (dzień, miesiąc, rok)														
PESEL:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> </tr> </table>													
Wiek: (liczba pełnych skończonych lat,														
Wykształcenie: (należy zaznaczyć aktualny najwyższy posiadany poziom wykształcenia)	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (dotyczy także osób, które posiadają wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)													
Orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności wydane przez upoważniony organ	<input type="checkbox"/> TAK, POSIADAM	<input type="checkbox"/> NIE, NIE POSIADAM												
Dane Kontaktowe														
Adres zamieszkania:	Ulica:													
	Nr domu:													
	Nr lokalu:													
	Kod pocztowy:													
	Miejscowość:													
	Obszar:	<input type="checkbox"/> Miejski <input type="checkbox"/> Wiejski												
	Gmina:													
	Powiat:													
	Województwo:													
Kraj:														
Numer telefonu stacjonarnego: <i>(Pole obowiązkowe!</i> W przypadku braku osobistego numeru telefonu stacjonarnego, należy wskazać numer należący do innej osoby, która umożliwi nawiązanie kontaktu z Kandydatem)	Jest to numer telefonu:													
	<input type="checkbox"/> osobisty	<input type="checkbox"/> należący do innej osoby												
Numer telefonu komórkowego: <i>(Pole obowiązkowe!</i> W przypadku braku osobistego numeru telefonu komórkowego,	Jest to numer telefonu:													



należy wskazać numer należący do innej osoby, która umożliwi nawiązanie kontaktu z Kandydatem)	<input type="checkbox"/> osobisty	<input type="checkbox"/> należący do innej osoby
Adres e-mail:		
Szczegóły wsparcia		
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu:	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> w tym: osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> Osoba pracująca	
Wykonywany zawód: (dot. wyłącznie osób pracujących)		
Zatrudniony w: (nazwa instytucji/przedsiębiorstwa)		
Status Uczestnika Projektu w chwili przystąpienia do Projektu (tzw. dane wrażliwe)		
<input type="checkbox"/> Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań		
<input type="checkbox"/> Osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, <input type="checkbox"/> w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <input type="checkbox"/> Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu <input type="checkbox"/> Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)		

Świadomy/ma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń

Wyrażam zgodę na gromadzenie, wykorzystywanie i przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z *Ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych* (Dz.U. z 2014r. poz. 1182, z późn. zm.) w celu udzielania wsparcia oraz kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w Projekcie

..... realizowanym w ramach RPO WO 2014-2020 przez Instytucję Zarządzającą – Zarząd Województwa Opolskiego z siedzibą w Opolu 45-082, ul. Piastowska 14, beneficjenta realizującego Fundację Dom Rodzinnej Rehabilitacji Dzieci z Porażeniem Mózgowym oraz podmioty, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu.

.....
miejsce i data

.....
czytelny podpis Uczestnika Projektu*

* Opiekun prawny podpisuje oświadczenie w imieniu uczestnika niezdolnego do czynności prawnych.



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt współfinansowany ze środków EFS w ramach RPO WO 2014-2020