



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „**Pomocna dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powiatu bełchatowskiego**”.

Deklaracja uczestnictwa w projekcie

Ja niżej podpisany (a)

PESEL:.....

Deklaruje chęć udział w projekcie pn. „**Pomocna dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powiatu bełchatowskiego**” realizowanego przez Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie w partnerstwie z Fundacją 4Future dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.

1.	Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności zgodnie z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Pomocna dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powiatu bełchatowskiego” uprawniające mnie do udziału w Projekcie.
2.	Zostałem/am poinformowany/a, iż projekt „Pomocna dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powiatu bełchatowskiego” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.
3.	Przedstawione przeze mnie w Formularzu zgłoszeniowym dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszej deklaracji. Jestem świadomy/a odpowiedzialności jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.
4.	Zapoznałem/am się z Klauzulą Informacyjną o przetwarzaniu danych do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie „Pomocna dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powiatu bełchatowskiego” na potrzeby realizacji projektu



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



	i wzięcia w nim udziału, jak również w związku z koniecznością realizacji umowy.
6.	Wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu.
7.	Nie korzystam z takiej samej formy wsparcia finansowanej ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
8.	Deklaruję chęć przekazania informacji dotyczących mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie (do 4 tygodni od zakończenia udziału), zgodnie z zakresem danych określonych w Wytycznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027.

.....

Miejscowość, data

.....

czytelny podpis

Uczestnik/czki/Opiekuna faktycznego