



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „**Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia z Miasta Krasnystaw**” **FELU.08.06-IZ.00-0014/25** współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany (a)

PESEL:.....

Deklaruje chęć udział w projekcie pn. „Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia z Miasta Krasnystaw” realizowanym przez Miasto Krasnystaw/ Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krasnymstawie w Partnerstwie z Fundacją 4Future w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 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 z Miasta Krasnystaw” uprawniające mnie do udziału w Projekcie.
2.	Zostałem/zostałam poinformowany/a, iż projekt „Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia z Miasta Krasnystaw” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 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



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



	zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia z Miasta Krasnystaw” na potrzeby realizacji projektu 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 Wytocznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis Uczestnika/
Opiekuna faktycznego