



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 2 do „Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie „Pomocna Dłoń – usługi społeczne dla mieszkańców Miasta i Gminy Kiernoza”

Deklaracja uczestnictwa w projekcie pn. „Pomocna Dłoń – usługi społeczne dla mieszkańców Miasta i Gminy Kiernoza”.

Ja niżej podpisana/podpisany

PESEL:.....

Deklaruje chęć udział w projekcie pn. „Pomocna Dłoń – usługi społeczne dla mieszkańców Miasta i Gminy Kiernoza” realizowanym przez Miasto i Gmina Kiernoza/Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kiernoza w partnerstwie z Fundacją 4Future w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.

1.	Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie zgodnie z „Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie Pomocna Dłoń – usługi społeczne dla mieszkańców Miasta i Gminy Kiernoza”.
2.	Zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, że projekt „Pomocna Dłoń – usługi społeczne dla mieszkańców Miasta i Gminy Kiernoza” 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 świadoma/świadomy odpowiedzialności jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.
4.	Zapoznałam/zapoznałem się z „Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie Pomocna Dłoń – usługi społeczne dla mieszkańców Miasta i Gminy Kiernoza”, klauzulami informacyjnymi RODO dla uczestnika oraz pozostałymi dokumentami dotyczącymi Projektu (stanowiącymi załączniki do niniejszego Regulaminu) i akceptuję wszystkie ich postanowienia oraz zobowiązuję się do ich stosowania.



Miasto i Gmina Kiernoza/
Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Kiernozi





5.	Zobowiązuję się do wypełniania i podpisywania testów, ankiet, list obecności oraz innych dokumentów służących bezpośrednio realizacji, monitoringowi, kontroli i ewaluacji Projektu.
6.	Nie korzystam z takiej samej formy wsparcia finansowanej ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
7.	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

**Kandydata/Kandydatki/Opiekuna
faktycznego**

