Prosimy drukować dokument dwustronnie

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

PROSIMY O WYPEŁNIENIE PISMEM DRUKOWANYM/CZYTELNIE

DANE OSOBY APLIKUJĄCEJ	
Imię (imiona)	
Nazwisko	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Jestem przedstawicielem /przedstawicielką organizacji członkowskiej OPZZ i/lub jej pracownikiem	**Pełna nazwa organizacji:**
W okresie ostatniego roku nie otrzymałam/otrzymałem wsparcia w obszarze tematycznym, którego dotyczy szkolenie	Nie otrzymałem Otrzymałem
Potwierdzam przynależność uczestnika/uczestniczki szkolenia do wymienionej powyżej organizacji członkowskiej OPZZ	Czytelny podpis Przewodniczącego Organizacji Związkowej

Ja, niżej podpisana/y, niniejszym oświadczam, że:

1. **wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w projekcie pn.: „Razem w OPZZ – wzmocnienie potencjału Rady OPZZ w województwie dolnośląskim" nr FEDS.07.04-IP.02-0002/24**,
2. zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Razem w OPZZ – wzmocnienie potencjału Rady OPZZ w województwie dolnośląskim" nr FEDS.07.04-IP.02-0002/24 jest finansowany ze środków Unii Europejskiej i budżetu państwa w ramach działania 7.4 Adaptacja do zmian na rynku pracy Programu Fundusze europejskie dla Dolnego Śląska 2021 – 2027
3. zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki,
4. należę do grupy osób uprawnionych do skorzystania ze wsparcia zgodnie z Regulaminem uczestnictwa w projekcie,
5. deklaruję udział w przynajmniej 80% czasu zajęć prowadzonych w ramach projektu
6. wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie mojego wizerunku przez publikację zdjęcia/zdjęć wykonanych przez OPZZ, na stronie internetowej opzz.org.pl i/lub w mediach

Prosimy drukować dokument dwustronnie

społecznościowych oraz, że zdjęcia te nie naruszają moich dóbr osobistych.

7. **Kryteria dodatkowe/premiujące**:

1) Płeć □ Kobieta □ Mężczyzna □ Odmowa odpowiedzi

2) Jestem poniżej 37 roku życia □ TAK □ NIE □ Odmowa odpowiedzi

3) Sprawuję opiekę nad osobami zależnymi (dziećmi lub innymi) □ TAK □ NIE □ Odmowa odpowiedzi

4) Należę do grupy defaworyzowanej □ TAK □ NIE □ Odmowa odpowiedzi

a. osoba obcego pochodzenia, □ TAK □ NIE □ Odmowa odpowiedzi

b. obywatel państwa trzeciego, □ TAK □ NIE □ Odmowa odpowiedzi

c. osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane), □ TAK □ NIE □ Odmowa odpowiedzi

d. osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań, □ TAK □ NIE □ Odmowa odpowiedzi

e. osoba z niepełnosprawnościami □ TAK □ NIE □ Odmowa odpowiedzi

proszę wskazać wymagania związane z udziałem w projekcie, wynikające z niepełnosprawności

……

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane przedstawione w deklaracji uczestnictwa w projekcie odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.

Prosimy drukować dokument dwustronnie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, tj. imię, nazwisko, adres e-mail, numer telefonu, przez Radę OPZZ Województwa Dolnośląskiego, w celu realizacji niniejszego Projektu.

....

Miejscowość i data

Czytelny podpis
(imię i nazwisko)