



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 3 do Regulaminu projektu

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Lokalny Ośrodek Wiedzy i Edukacji w Iławie”

Tytuł projektu:	Lokalny Ośrodek Wiedzy i Edukacji w Iławie
Numer projektu:	FEWM.06.05-IZ.00-0016/24
Wnioskodawca:	Stowarzyszenie Centrum Wspierania Organizacji Pozarządowych i Inicjatyw Obywatelskich
Partner:	Gmina Miejska Iława
Program:	Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur (FEWiM) 2021-2027
Priorytet:	FEWM.06.00 - Edukacja i kompetencje EFS+
Działanie:	FEWM.06.05 – Edukacja przez całe życie

Ja niżej podpisany(a)

deklaruję swój udział w Projekcie „Lokalny Ośrodek Wiedzy i Edukacji w Iławie” (*dalej Projekt*), którego realizatorem jest Stowarzyszenie Centrum Wspierania Organizacji Pozarządowych i Inicjatyw Obywatelskich w partnerstwie z Gminą Miejską Iława.

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Projektu dostępnym biurze projektu przy ul. Jana III Sobieskiego 9 /127, 14-100 Ostróda.

Zostałem poinformowany, że Projekt jest współfinansowany ze środków EFS + w ramach programu Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur (FEWiM) 2021-2027.

1. Zobowiązuję się do wypełnienia formularza dotyczącego danych osobowych, ankiet, testów oraz podpisywania list obecności, dostarczanych przez realizatora w trakcie Projektu. Mam świadomość, iż dokumenty te posłużą realizatorowi w procesie monitorowania, kontroli oraz ewaluacji realizowanego Projektu.
2. Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do wzięcia udziału w Projekcie zgodnie z §3 Regulaminu Projektu.
3. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.
4. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji związanych z realizacją Projektu drogą telefoniczną i/lub elektroniczną.
5. Oświadczam, że w terminie udziału w wybranych formach wsparcia oferowanych w ramach Projektu, nie będę korzystać z takiego samego zakresu wsparcia, w tym samym okresie, w ramach innych realizowanych projektów.



stowarzyszenie
centrum wspierania
organizacji pozarządowych
i inicjatyw obywatelskich



Miasto
Iława

BIURO PROJEKTU
14-100 Ostróda, ul. Jana III Sobieskiego 9/127
tel.: 510 093 779, e-mail: loweilawa@wp.pl
www.cwop.org.pl



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez
Unię Europejską



6. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku do celów projektowych, w szczególności do promowania i upowszechniania Projektu na stronach internetowych, materiałach filmowych, publikacjach.
7. Postanowienia końcowe:
 - a) Zasady uczestnictwa w projekcie określa Regulamin projektu.
 - b) Stowarzyszenie Centrum Wspierania Organizacji Pozarządowych i Inicjatyw Obywatelskich zastrzega sobie prawo zmiany zasad uczestnictwa w projekcie w sytuacji zmiany wytycznych i dokumentów programowych oraz warunków realizacji projektu.
 - c) W sprawach nieuregulowanych niniejszą deklaracją decyzje podejmuje kierownik projektu.
 - d) Deklaracja obowiązuje w całym okresie realizacji Projektu.
8. Potwierdzam i podtrzymuję w mocy wszystkie zgody, których udzieliłem/am w formularzu zgłoszeniowym.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu



stowarzyszenie
centrum wspierania
organizacji pozarządowych
i inicjatyw obywatelskich



**Miasto
Ława**

BIURO PROJEKTU
14-100 Ostróda, ul. Jana III Sobieskiego 9/127
tel.: 510 093 779, e-mail: loweilawa@wp.pl
www.cwop.org.pl



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez
Unię Europejską



DANE UCZESTNIKA PROJEKTU OTRZYMUJĄCEGO WSPARCIE

Imię/imiona:													
Nazwisko:													
PESEL:	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												
Obywatelstwo													
Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne lub policealne <input type="checkbox"/> wyższe												
1. Dane kontaktowe:													
Województwo:													
Powiat:													
Gmina:													
Miejscowość:													
Ulica:													
Nr budynku:		Nr lokalu: (nie dotyczy <input type="checkbox"/>)											
Kod pocztowy:													
Telefon kontaktowy:													
Adres e-mail:													
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji PUP		<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji PUP										
	w tym:		<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna										
			w tym: <input type="checkbox"/> osoba ucząca się										



stowarzyszenie
centrum wspierania
organizacji pozarządowych
i inicjatyw obywatelskich



**Miasto
Iława**

BIURO PROJEKTU
14-100 Ostróda, ul. Jana III Sobieskiego 9/127
tel.: 510 093 779, e-mail: loweilawa@wp.pl
www.cwop.org.pl



	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo		<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca	w tym:	<input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w MMŚP (<i>mikro, małych, średnich przedsiębiorstwach</i>) <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie ¹ <input type="checkbox"/> inne
Nazwa podmiotu, w którym osoba jest zatrudniona:			
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu			
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmawia podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu

¹ duże przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo zatrudniające powyżej 249 pracowników