

**Załącznik nr 2 do Regulaminu korzystania z usług społecznych w ramach trwałości projektu
„NZOZ CENTRUM STOMATOLOGII RODZINNEJ MICHAŁ SZCZEPANIAK
„Utworzenie placówki dziennej opieki i aktywizacji osób niesamodzielnych”
TRWAŁOŚĆ**

DEKLARACJA UCZESTNICTWA WE WSPARCIU

Ja niżej podpisany (a)

.....
(imię i nazwisko składającego(ej) oświadczenie)

Zamieszkały (a):

.....
(adres zamieszkania : kod, miejscowość, ulica, nr domu/zamieszkania)

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem korzystania z usług społecznych w ramach trwałości projektu „Utworzenie placówki dziennej opieki i aktywizacji osób niesamodzielnych” i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów.
2. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału we wsparciu.
3. Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że informacje zawarte w formularzu kwalifikacyjnym są zgodne ze stanem faktycznym.
4. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do objęcia świadczeniami w ramach trwałości projektu. Odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości objęcia świadczeniami.

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO:

1. Opłacenia z góry do 2 dnia miesiąca, opłaty wynikającej z korzystania ze świadczeń opiekuńczych w ramach trwałości przedmiotowego projektu.
2. Do wcześniejszego zgłoszenia każdej nieobecności..
2. Zobowiązuję się do udzielania niezbędnych informacji oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby badań niezbędnych do

1

prowadzenia ewaluacji i monitoringu w ramach trwałości projektu „Utworzenie placówki
diennej opieki i aktywizacji osób niesamodzielnych”, (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu
Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób
fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego
przepływu takich danych).

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA