DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana/y:

……..……
(imię i nazwisko)

deklaruję chęć udziału w działaniach w ramach projektu pn. **„Razem w Zdrowiu – Środowiskowa Psychiatria dla Dorosłych w CZP”** w ramach projektu realizowanego w ramach Funduszy Europejskich dla Małopolski 2021-2027, 6 Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji, i włączenia społecznego, Działanie 6.25 Wsparcie usług zdrowotnych - konkursy; typ projektu: A. Usługi w zakresie psychiatrii środowiskowej skierowanej do osób dorosłych, w tym w ramach CZP.

NR UMOWY O DOFINANSOWANIE: **FEMP.06.25-IP.0199/25**

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/ zapoznałam się z zasadami udziału w Projekcie zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego treść.
2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie określone w Regulaminie.
3. Zostałem/ zostałam poinformowany/ poinformowana, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego i dotacji celowej z budżetu krajowego.
4. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych lub innych badaniach ewaluacyjnych, które odbędą się w trakcie realizacji Projektu i po jego zakończeniu.
5. Oświadczam, że dane osobowe i pozostałe informacje odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
6. Oświadczam, że zostałem/ zostałam pouczony/ pouczona o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

7. Oświadczam, iż dane zawarte w złożonym przeze mnie formularzu rekrutacyjnym nie uległy zmianie i są aktualne, a o wszelkich zmianach poinformuję niezwłocznie Beneficjenta.

……..

Data i czytelny podpis