**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**„Program rehabilitacji u osób z rozpoznaniem chorób afektywnych i nerwicowych”**współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020”

(Europejski Fundusz Społeczny)

**Numer projektu: RPSL.08.03.02-24-03AD/19**

**Projektodawca Nasza Przychodnia Sp. z o.o.**

.............................................................................

(Imię i nazwisko Uczestnika)

............................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 (adres)

Numer PESEL:

1. Ja, niżej podpisany deklaruję udział w projekcie pt. „Program rehabilitacji u osób z rozpoznaniem chorób afektywnych i nerwicowych” numer RPSL.08.03.02-24-03AD/19-004 współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej (Europejskiego Funduszu Społecznego) w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa VIII Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy, Działanie 8.3 Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy, Poddziałanie 8.3.2 Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej – konkurs.
2. Oświadczam, że spełniam kryteria przynależności do grupy docelowej uprawniające do udziału w projekcie „Program rehabilitacji u osób z rozpoznaniem chorób afektywnych i nerwicowych”.
3. Zobowiązuję się do uczestnictwa w Kompleksowej rehabilitacji leczniczej, obejmującej zakres usług wykazanych w Indywidualnym planie rehabilitacji.
4. W przypadku rezygnacji, zobowiązuje się do złożenia pisemnego oświadczenie o rezygnacji oraz dokumentacją potwierdzającą brak możliwości kontynuacji udziału w projekcie.
5. Zobowiązuję się, w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie, udostępnić dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, potwierdzone stosownym dokumentem.
6. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Projektodawcy zaświadczenia o zatrudnieniu – w przypadku podjęcia pracy/kontynuacji zatrudnienia, a w przypadku rozpoczęcia/kontynuowania prowadzenia działalności gospodarczej – dokumentu potwierdzającego fakt prowadzenia działalności gospodarczej
7. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
8. Zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
9. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

............................................... ………………..………………………………

 MIEJSCOWOŚĆ, DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

**ZGODA NA UDZIAŁ UDZIAŁ W KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI LECZNICZEJ W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU REHABILITACJI OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI AFEKTYWNYMI NA LATA 2019-2022**

Kompleksowa rehabilitacja lecznicza realizowana jest w ramach projektu „Program rehabilitacji u osób z rozpoznaniem chorób afektywnych i nerwicowych”, numer projektu RPSL.08.03.02-24-03AD/19-004, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej (Europejskiego Funduszu Społecznego) w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa VIII Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy, Działanie 8.3 Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy, Poddziałanie 8.3.2 Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej – konkurs

Projektodawca: Nasza Przychodnia Sp. z o.o.

.............................................................................

(Imię i nazwisko Uczestnika)

............................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 (adres)

Numer PESEL:

Wyrażam zgodę na udział w Kompleksowej rehabilitacji leczniczej realizowanej w ramach Regionalnego program u rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi

oraz nerwicowymi na lata 2019-2022

...................................................................

 Data i podpis uczestnika projektu