|  |
| --- |
| *Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w szkoleniach***DEKLARACJA UCZESTNICTWA – uczestnik projektu** |
| **DANE UCZESTNIKA** |
| RODZAJ UCZESTNIKA |  instytucjonalny  indywidualny |
| IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | WYKSZTAŁ-CENIE |  niższe niż podstawowe podstawowe  gimnazjalne ponadgimnazjalne  policealne wyższe |
| BRAK PESEL |  | PŁEĆ |  KOBIETA  MĘŻCZYZNA |
| WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU |  |
| **DANE KONTAKTOWE (ADRES STAŁEGO ZAMELDOWANIA LUB ADRES DO KORESPONDENCJI)** |
| OBSZAR WG STOPNIA URBANIZACJI |  Tereny gęsto zaludnione(miasta, centra miejskie, obszary miejskie) |  Tereny pośrednie (miasta, przedmieścia) |  Tereny słabo zaludnione (wiejskie) |
| WOJEWÓDZ -TWO |  | POWIAT |  |
| GMINA |  | MIEJSCOWOŚĆ |  |
| ULICA |  | NR BUDYNKU |  | NR LOKALU |  |
| KOD POCZTOWY |  |  | - |  |  |  | TEL. KONTAKTOWY |  |
| ADRES E-MAIL |  |
| **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** |
| STATUS NA RYNKU PRACY |  | osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: |  osoba długotrwale bezrobotna inne |
|  | osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: |  osoba długotrwale bezrobotna inne |
|  | osoba bierna zawodowo, w tym: |  inne: emeryt, rencista osoba ucząca się osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu |
|  osoba pracująca |
| ZATRUDNIONY W: |  |
|  | Stanowisko: |  |
| RODZAJ PRZYZNANEGO WSPARCIA | * Szkolenie dla opiekunów/opiekunek osób starszych
* Szkolenie dla Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej (AOON)
* Szkolenie z pierwszej pomocy przedmedycznej
* Szkolenie dla opiekunów świadczących usługi sąsiedzkie/wolontariackie
* Szkolenie dla opiekunów faktycznych
 |
|  |
| **STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** |
| OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJLUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA |  NIE ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI TAK |
| OSOBA BEZDOMNALUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ |  NIE TAK |
| OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI |  NIE ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI TAK |
| OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (INNEJ NIŻ WYMIENIONE POWYŻEJ) |  NIE ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI TAK |
| **WSPARCIE W RAMACH PROJEKTU** |
| DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU WE WSPARCIU |  |
| DATA ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU WE WSPARCIU |  |

1.Wyrażam gotowość do udziału w projekcie „Polityka Senioralna EFS+”, nr FELU.08.05-IZ.00-001/23 realizowanym w ramach Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027. Działania w celu zwiększenia równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości trwałych i przystępnych cenowo usług. Projekt ten jest realizowany na terenie Województwa Lubelskiego jako projekt partnerski. Partner Wiodący: ROPS Lublin Partnerzy: Gmina Wisznice, Gmina Miejska Hrubieszów, Miasto Chełm, Gmina Dzwola, Gmina Modliborzyce, Gmina Łopiennik Górny, Miasto Krasnystaw, Gmina Gościeradów, Gmina Urzędów, Gmina Jastków, Gmina Wojciechów, Gmina Wólka, Miasto Łuków, Gmina Stoczek Łukowski, Gmina Wojcieszków, Gmina Miejska Świdnik, Gmina Lubycza Królewska, Gmina Krynice, Miasto Tomaszów Lubelski, Gmina Komarów – Osada, Gmina Rachanie, Gmina Leśniowice, Gmina Niedrzwica Duża, Gmina Sitno, Gmina Trzydnik Duży, Gmina Wilkołaz, Gmina Potok Wielki, Gmina Szastarka, Gmina Tarnawatka, Gmina Telatyn, Gmina Ryki, Gmina Żmudź, Gmina Kurów, Gmina Krasnobród, Gmina Lublin.

2.Oświadczam, że na dzień przystąpienia do projektu „Polityka Senioralna EFS+”, spełniam wymogi kwalifikacyjne do projektu.

3.Oświadczam, że:

* Zapoznałam/-em się z dokumentacją projektu, w szczególności z celami, założeniami oraz wskaźnikami i akceptuję ich warunki.
* Zostałam/-em poinformowana/-y, że projekt jest finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

4.Powyższe informacje są prawdziwe i mam świadomość odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań.

…………………………………....... …………..…………………….

Miejscowość i data Podpis uczestnika szkolenia