|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł projektu: | „POWRÓT SZCZĘŚCIA” |
| Nr projektu: | RPWP.07.02.02-30-0068/17 |

|  |
| --- |
| **DANE PODSTAWOWE UCZESTNIKA/CZKI** (DRUKOWANE LITERY) |
| Imię i nazwisko |  |
| Telefon kontaktowy |  |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

1. Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie **„**POWRÓT SZCZĘŚCIA” realizowanym w ramach RPO województwa wielkopolskiego na lata 2014-2020 przez Fundację AKME w okresie od 01.10.2018 do 30.09.2021 r.
2. Zapoznałem/am się z Regulaminem projektu “POWRÓT SZCZĘŚCIA**”** i zobowiązuję się
do przestrzegania jego zapisów.
3. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że dane zawarte w dokumencie „FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU “POWRÓT SZCZĘŚCIA” są zgodne ze stanem faktycznym i nie uległy zmianie od daty złożenia formularza.
4. Oświadczam, że w terminie udziału w wybranych formach wsparcia oferowanych w projekcie, nie będę korzystać z takiego samego zakresu wsparcia w innym projekcie współfinansowanym
ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. Zobowiązuję się do udzielenia niezbędnych informacji oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby badań niezbędnych do prowadzenia ewaluacji i monitoringu projektu “POWRÓT SZCZĘŚCIA” (art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)
6. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt „POWRÓT SZCZĘŚCIA” jest współfinansowany
ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
7. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji związanych z realizacją projektu drogą telefoniczna i/lub elektroniczną e-mail.

*……………………………………… …………………………………………………………………………………………………………*

*Miejscowość, data Podpis osoby składającej formularz – Uczestnika/czki Projektu*

*……………………………………… …………………………………………………………………………………….……………………*

*Miejscowość, data Czytelny podpis prawnego opiekuna w przypadku,
 gdy Uczestnik/czka do projektu jest osobą ubezwłasnowolnioną*