

---

Projekt „Punkt Wsparcia Rodziny i Pieczy Zastępczej” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014- 2020, w ramach Działania 9.2. Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych, Poddziałanie 9.2.1 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych – konkursy horyzontalne

### Załącznik nr 3

#### Oświadczenie

**Ja, niżej podpisany/a\* oświadczam, że:**

1. Zgłaszam chęć udziału w Projekcie pt. „Punkt Wsparcia Rodziny i Pieczy Zastępczej” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Działania 9.2 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych, Poddziałanie 9.2.1 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych – konkursy horyzontalne w ramach RPO WD 2014-2020.
2. Zostałem/-am poinformowany/-a, że Projekt „Punkt Wsparcia Rodziny i Pieczy Zastępczej” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Działania 9.2 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych, Poddziałanie 9.2.1 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych – konkursy horyzontalne w ramach RPO WD 2014-2020.
3. Akceptuję fakt, że złożone przeze mnie dokumenty rekrutacyjne nie są równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/-a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Fundacji „Razem” , Gminy Miejskiej Kłodzko oraz do Ośrodka Pomocy Społecznej Kłodzko.
4. Zapoznałem/-am się z Regulaminem w/w Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w nim.
5. Deklaruję uczestnictwo we wszystkich formach wsparcia w projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Realizatora Projektu.
6. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu dla potrzeb realizacji RPO WD, zgodnie z art. 29 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1) – dalej **RODO**.
8. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (email).
9. Zostałem/am\* poinformowany/a\*, że udział w projekcie jest bezpłatny.
10. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie.
11. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu. W zakresie danych szczególnych kategorii (o których mowa w art. 9 RODO), mam prawo odmowy ich podania, jednakże odmowa podania informacji dotyczących tych danych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.



---

Projekt „Punkt Wsparcia Rodziny i Pieczy Zastępczej” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014- 2020, w ramach Działania 9.2. Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych, Poddziałanie 9.2.1 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych – konkursy horyzontalne

12. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Lidera Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej (np. podjęcie zatrudnienia).
13. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie **”Punkt Wsparcia Rodziny i Pieczy Zastępczej”** oraz zgodę na udział w procesie rekrutacyjnym.
14. Akceptuję fakt, że złożone przeze mnie dokumenty rekrutacyjne nie są równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/-a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Fundacji „Razem” ul. Beethovena 1-2 w Wałbrzychu, Gminy Miasta Kłodzko, pl. B. Chrobrego 1, 57-300 Kłodzko oraz Ośrodka Pomocy Społecznej Kłodzko , ul. Wyspiańskiego 2d 57-300 Kłodzko
15. Zgłaszam potrzebę wynikającą z posiadanej niepełnosprawności lub wynikającą z innych potrzeb związanych z udziałem w przedmiotowym projekcie.
- Tak proszę napisać jakie
- .....
- .....
- .....
- Nie

.....

Data, miejscowość i podpis kandydata/i/ lub rodzica bądź opiekuna prawnego kandydata