



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

IMIĘ	
NAZWISKO	
TYTUŁ PROJEKTU	Moc cyfrowych kompetencji
NR PROJEKTU	PRZP.08.10.00-32-K004/22

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 §1 k.k. za składanie nieprawdziwych oświadczeń lub zatajanie prawdy, niniejszym oświadczam, iż **dane zawarte w złożonych przeze mnie dokumentach rekrutacyjnych są zgodne z prawdą oraz nie uległy zmianie do dnia rozpoczęcia pierwszego wsparcia w ramach projektu.**

Proszę zakreślić odpowiednie kwadratowe pola znakiem „X” w obszarach TAK/NIE.

1	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Jestem osobą w wieku 50 lat lub więcej.
2	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Zamieszkuję województwo zachodniopomorskie.
3	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<p>Jestem osobą zatrudnioną¹: na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę, a także na podstawie przepisów prawa cywilnego (umowy o dzieło, umowy zlecenia lub innego rodzaju umowy cywilnoprawnej) lub osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą.</p> <p>Jeśli „TAK”, proszę podać <u>pełną</u> nazwę zakładu pracy:</p> <p>.....</p>

¹ Osoby w wieku 15 lat i więcej wykonujące pracę, za którą otrzymują wynagrodzenie, z której czerpią zyski lub korzyści rodzinne. Również osoba posiadająca własną działalność, czy też zatrudnienie, która tymczasowo nie była czynna zawodowo ze względu na: chorobę, urlop, spór pracowniczy, kształcenie lub szkolenie.



4	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Jestem rolnikiem ubezpieczonym lub domownikiem rolnika ubezpieczonym w KRUS (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników).
5	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Prowadzę działalność gospodarczą.
6	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Jestem osobą o niskich kwalifikacjach² , tj. posiadającą wykształcenie na poziomie ponadgimnazjalnym włącznie (ISCED 3).
7	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Jestem osobą niepełnosprawną³ i posiadam odpowiednie orzeczenie lub dokument poświadczający stan zdrowia ⁴ . Jeśli „TAK” należy przedłożyć skan orzeczenia o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.
8	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Zamieszkuje obszar wiejski , tj. wg. Klasyfikacji DEGURBA – obszar o ludności < 5 000 i małej gęstości zaludnienia.
9	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Wyrażam chęć nabycia, uzupełnienia lub podwyższenia moich kwalifikacji zawodowych.
10	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie „Moc cyfrowych kompetencji” PRZP.08.10.00-32-K004/22 , realizowanego przez Nestor Group Bartosz Berkowski, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
11	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku (zdjęcia, nagrania filmowe) w celach dokumentacyjnych, informacyjnych i promocyjnych projektu oraz dla Instytucji Pośredniczącej i Instytucji Zarządzającej. Jednocześnie jestem świadom/a, że wszelkie dobra płynące z komercyjnego wykorzystania mojego wizerunku nie będą miały miejsca, a dostępu do nich nie będą miały osoby trzecie poza ww. (zgodnie z ustawą o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dn. 04.02.1994 r., Dz. U. Nr 24, poz. 83, z późn. zm.).

² Osoby o niskich kwalifikacjach, tj. posiadające wykształcenie na poziomie do ISCED 3 włącznie (osoby bez ukończenia jakiegokolwiek szkoły lub z wykształceniem podstawowym, gimnazjalnym, zawodowym, średnim/ponadgimnazjalnym).

³ Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127 poz. 721, z późn.zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z. 2011 r., Nr 231 poz. 1375), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.



12	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w projekcie „Moc cyfrowych kompetencji” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu.
13	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Zostałem/am poinformowany/a o tym, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
14	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Deklaruję swój systematyczny udział (w minimum 80% wymiarze) we wszystkich formach wsparcia przewidzianych w projekcie.
16	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Zobowiązuje się do przekazania danych dotyczących mojej sytuacji zawodowej do 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie. Dane te będą wykorzystywane do sporządzenia sprawozdań, monitoringu i ewaluacji oceny rzeczywistych procesów zachodzących na rynku pracy w województwie zachodniopomorskim oraz oceny efektywności prowadzonego wsparcia.
17	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
18	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o zmianach pojawiających się w moich danych osobowych, statusie na rynku pracy, miejscu zamieszkiwania, oraz wszelkich zmianach mających wpływ na powyższe oświadczenie i kwalifikowalność do projektu <i>Moc cyfrowych kompetencji</i> .
19	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Przyjmuję do wiadomości, że złożony Formularz Zgłoszeniowy Uczestnika/Uczestniczki nie jest jednoznaczny z przyjęciem mnie do projektu . W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie, nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Organizatora – Nestor Group Bartosz Berkowski.
20	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Deklaruję uczestnictwo we wszystkich formach wsparcia w projekcie, równocześnie zobowiązuję się do uczestnictwa w egzaminach organizowanych na koniec szkoleń, potwierdzających nabycie kompetencji/kwalifikacji.
21	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie, niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora – Nestor Group Bartosz Berkowski.
22	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Jestem świadomy/a odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
23	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Zamieszkuję/Pracuję na obszarze gmin „Specjalnej Strefy Włączenia na Obszarze Województwa Zachodniopomorskiego”.

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki)



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Pomorze Zachodnie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

