



Fundusze Europejskie  
dla Świętokrzyskiego



Dofinansowane przez  
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

## DEKLARACJA UCZESTNIKA PROJEKTU

<b>Tytuł projektu</b>	<b>Wsparcie rodzin z terenu gminy Łagów</b>		
<b>Oś Priorytetowa</b>	FESW.09.00 Usługi społeczne i zdrowotne		
<b>Działanie</b>	FESW.09.05 Wsparcie rodzin oraz pieczy zastępczej		
<b>Nr projektu</b>	FESW.09.05-IZ.00-001/23		
<b>Termin realizacji projektu</b>	od	01.02.2024	do 31.01.2026
<b>Dane rodzica/opiekuna prawnego/ opiekuna faktycznego uczestnika/czki projektu</b>			
Imię			
Nazwisko			
Rodzic/Opiekun prawny/faktyczny uczestnika/czki	Ojciec <input type="checkbox"/>	Matka <input type="checkbox"/>	Inne <input type="checkbox"/>
Adres poczty elektronicznej			
Tel. Kontaktowy			
<b>Dane uczestnika/czki projektu</b>			
Imię			
Nazwisko			
PESEL/inny identyfikator			
Data urodzenia			
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	
Wiek w chwili przystąpienia do projektu			
<b>Dane kontaktowe uczestnika/czki projektu</b>			
Adres zamieszkania:			
Miejscowość			
Kod pocztowy			
Gmina			
Powiat			
Województwo			
Kraj			
Nr telefonu kontaktowego			
Adres poczty elektronicznej e-mail			
<b>Status Uczestnika w chwili przystąpienia do projektu</b>			
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

### „Wsparcie rodzin z terenu gminy Łagów”

projekt realizowany przez Gminę Łagów oraz Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Łagowie na terenie gminy Łagów w ramach Priorytetu FESW.09.00 Usługi społeczne i zdrowotne, Działanie FESW.09.05 Wsparcie rodzin oraz pieczy zastępczej.

Numer wniosku: FESW.09.05-IZ.00-001/23



Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej	

1. Deklaruję udział swój/swojego dziecka\*, do udziału w projekcie „**Wsparcie rodzin z terenu gminy Łagów**” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2021-2027 (RPOWŚ 2021-2027). Priorytet 9. Usługi społeczne i zdrowotne Działanie 9.5 Wsparcie rodzin oraz pieczy zastępczej.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem projektu i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Oświadczam, że zostałam/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
4. Zostałam/am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy. Niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.
5. Oświadczam, że nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innym projekcie w ramach EFS+.
6. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych na potrzeby projektu.
7. Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka do celów promocyjnych projektu.

.....  
*MIEJSCOWOŚĆ I DATA*

.....  
*CZYTELNY PODPIS MATKI / OJCA lub OPIEKUNA  
PRAWNEGO/FAKTYCZNEGO*