**DEKLARACJA UCZESTNICTWA**

**W PROJEKCIE pn. „SZANSA NA ZMIANY”**

realizowanego w ramach konkursu PFRON nr 1/2023 pn. „Możemy więcej” z dnia 12.10.2023 r. Celem projektu jest wprowadzenie na rynek pracy beneficjentów ostatecznych poprzez kompleksowe i indywidualne wsparcie aktywizacji zawodowej.

**Imię i nazwisko** …………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Adres zamieszkania** ……………………………………………………………………………………………………………….………………..

**PESEL** …………………………………………………………………………………………………………………..…………..……………………..

1. Wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w projekcie pn. „Szansa na zmiany*”*, współfinansowanym ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
2. Oświadczam, iż spełniam następujące kryteria:

* jestem osobą niepełnosprawną posiadającą ważne orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w stopniu lekkim, umiarkowanym lub znacznym;
* zamieszkuję na terenie województwa lubelskiego;
* nie jestem osobą zatrudnioną;
* nie uczestniczę obecnie w innym projekcie dofinansowanym ze środków publicznych których cele realizacji zakładają osiągnięcie takich samych rezultatów jak projekt „Szansa na zmiany” realizowanych przez Fundacją Szlachetne Zdrowie.

1. Zobowiązuję się do aktywnego uczestniczenia w realizowanych w ramach projektu działaniach.   
   W uzasadnionych przypadkach wszystkie formy wsparcia mogą być realizowane w trybie pracy zdalnej.
2. Zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i akceptuję go.
3. Zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania Realizatorowi Projektu dokumentów, potwierdzających zatrudnienie w przypadku podjęcia przeze mnie zatrudnienia w trakcie udziału w projekcie oraz do 4 tygodni po jego zakończeniu. Dokumentami potwierdzającymi zatrudnienie są: kopia umowy o pracę/zlecenie/dzieło/ lub zaświadczenie od pracodawcy, potwierdzające zatrudnienie.
4. Zostałam/em poinformowana/y, że projekt pn. „*Szansa na zmiany”* jest finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam że informacje zawarte w deklaracji są prawdziwe. Przyjmuję do wiadomości że podanie nieprawdziwych informacji może być podstawą do roszczeń odszkodowawczych ze strony Fundacji.

…………………………………………………. …………………………………………………

/Miejscowość, data/ /Podpis Beneficjenta/tki/