

(załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji/uczestnictwa w projekcie pt.: Kino „Radość”)

OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KI DO UCZESTNICZENIA W PROJEKCIE

pt.: Kino „Radość”, realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, który współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

potwierdzające spełnienie kryteriów projektowych

Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko oraz PESEL) _____ niniejszym oświadczam, że jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie pt.: Kino „Radość”, gdyż w chwili składania niniejszego formularza spełniam następujące kryteria/warunki (należy zaznaczyć dane pole):

- jestem osobą z niepełnosprawnościami w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021, poz.573, z późn. zm.): o stopniu:

- znacznym
- umiarkowanym - jeżeli zaznaczono, wówczas należy podać rodzaj:
 - autyzm
 - upośledzenie umysłowe
 - choroba psychiczna
 - inny: _____

w celu weryfikacji kryterium niepełnosprawności, należy załączyć kserokopię orzeczenia o posiadanym stopniu niepełnosprawności - dotyczy osób powyżej 16 roku życia lub zaświadczenie od lekarza dotyczy osób upośledzeniem umysłowym/chorych psychicznie (dokument musi być podbity za zgodność z oryginałem).

- jestem w wieku 18-64 lat - **w celu weryfikacji kryterium wieku Kandydat/ka (lub jego/jej przedstawiciel) zobligowany/zobligowana będzie do przedłożenia (do wglądu) członkowi Zespołu Projektu dokumentu tożsamości - z tego działania Zespół Projektu sporządzi protokół okazania/wyda zaświadczenie, który stanowić będzie załącznik do dokumentacji rekrutacyjnej - czynności tej należy dokonać w Biurze Projektu (w uzasadnionych przypadkach Zespół Projektu dokona weryfikacji w miejscu wskazanym przez Kandydata/ki)**
- zamieszkuję (w myśl Kodeksu Cywilnego) na terenie powiatu dębickiego (województwo podkarpackie).

W celu weryfikacji uzyskania dodatkowych punktów (w trakcie oceny merytorycznej), oświadczam że jestem (należy zaznaczyć dane pole):

- osobą korzystającą z PO PŻ (a zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ) - w celu weryfikacji tego kryterium należy załączyć zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej,
- mój łączny staż pracy w chwili składania niniejszego oświadczenia, wynosi:
 - od 0 do 12 miesięcy
 - od 13 do 24 miesięcy
 - żadna z powyższych

Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis Kandydata/ki - w przypadku, gdy Kandydat/ka z powodu posiadanej dysfunkcji nie jest w stanie złożyć podpis osobiście/samodzielnie, wówczas czytelny podpis składa/ją opiekun/owie prawny/ni/ustawowy/wi/faktyczny/czni)