



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisany(a):
(imię i nazwisko beneficjenta)

Zamieszkały(a).....
(adres zamieszkania: miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, kod)

Telefon kontaktowy:

nr PESEL:

- dobrowolnie deklaruję swój udział we wszystkich zaproponowanych mi formach wsparcia, odbywających się w ramach projektu *RAK 2017 – REHABILITANT ASYSTENT KONSULTANT* realizowanego przy wsparciu finansowym ze środków PFRON,
- oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniających do udziału w projekcie,
- zobowiązuję się do powiadomienia Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie z odpowiednim wyprzedzeniem o konieczności zrezygnowania z udziału w projekcie,
- zostałem(am) poinformowany(a) iż uczestniczę w projekcie zrealizowanym przy wsparciu finansowym ze środków PFRON,
- oświadczam, że informacje zawarte w deklaracji uczestnictwa w projekcie są zgodne z prawdą i z dokumentacją dostępną w biurze projektu Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie,
- jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis