**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**„Zintegrowany system wsparcia społeczności lokalnej”**

Ja, niżej podpisany/a

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

*(imię i nazwisko)*

Zamieszkały/a

……………………………………………………………………………………………………………

*(adres zamieszkania)*

*Tel. ……………………………………E-mail …………………………………..…………………*

deklaruję udział w projekcie pt **„**Zintegrowany system wsparcia społeczności lokalnej**” Nr: RPLU.11.02.00-06-0091/20**, realizowanym przez **Gminę Annopol** w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020   
Oś Priorytetowa 11 Włączenie społeczne Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikujące mnie do udziału   
w projekcie określone w regulaminie rekrutacji i uczestnictwa   
w projekcie, a w szczególności:

* zamieszkuję na terenie Gminy Annopol,
* powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagam pomocy innych osób.
* jestem osobą wykluczoną lub zagrożoną ubóstwem   
  i wykluczeniem społecznym (w tym m.in. osoby starsze, osoby   
  z niepełnosprawnościami (w tym z zaburzeniami psychicznymi), osoby niesamodzielne, o ile mieszczą się w katalogu osób wskazanym w *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć   
  w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa   
  z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata   
  2014-2020).*

Ponadto zobowiązuję się do:

* niezwłocznego, w terminie do trzech dni, poinformowania Beneficjenta o zmianach danych zawartych w Formularzu zgłoszeniowym do projektu (tj. zmiana nazwiska, danych kontaktowych, stanu zatrudnienia itp.)
* uczestnictwa w wymaganym wymiarze we wsparciu organizowanym w ramach projektu,
* uzupełniania dokumentacji projektowej potwierdzającej uczestnictwo, w tym: podpisywania list obecności i wypełniania ankiet.
* Przestrzegania Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz procedury bezpieczeństwa w okresie epidemii Sars-CoV-2 w ramach projektu.

……………………………………………

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

……………………………………………

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU LUB OPIEKUNA FAKTYCZNEGO