



Załącznik nr 5 do Regulaminu

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana/y.....

deklaruję uczestnictwo w Projekcie pod nazwą „**Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży Warszawa-Wola**”, współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Priorytet: IV. Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa Działanie: 4.1 Innowacje społeczne, realizowanym przez Szpital Wolski w Warszawie.

Oświadczam, że:

1. Znam i spełniam wszystkie kryteria uczestnictwa uprawniające do udziału w Projekcie.
2. Dane zawarte w dokumentacji rekrutacyjnej przedłożonej w toku postępowania rekrutacyjnego (w tym w formularzu zgłoszeniowym) są zgodne z prawdą i nadal aktualne oraz zobowiązuję się do bezwzględnego pisemnego poinformowania Organizatora o każdej ich zmianie oraz do okazania kopii aktualnych dokumentów w tym zakresie.
3. Zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży Warszawa-Wola”, akceptuję wszystkie jego postanowienia oraz zobowiązuję się do ich stosowania.
4. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Organizatora w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia m.in. procesu rekrutacji, ewaluacji, (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2019, poz. 1781) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)).

Prawdziwość podanych przeze mnie informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 oraz § 297 Kodeksu karnego, dotyczącej poświadczania nieprawdy co do okoliczności mającej znaczenie prawne.

.....
(miejsce i data)

.....
(czytelny podpis Uczestnika/Opiekuna prawnego)