Program „Działaj Lokalnie” Polsko-Amerykańskiej Fundacji Wolności jest realizowany przez Akademię Rozwoju Filantropii w Polsce i Lokalną Grupę Działania „Warmiński Zakątek”

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA UDZIAŁ W PROJEKCIE**

**REALIZOWANYM W RAMACH PROGRAMU DZIAŁAJ LOKALNIE 2020 –POLSKO AMERYKANSKIEJ FUNDACJI WOLNOŚCI (PAWF),REALIZOWANYM PRZEZ AKADEMIĘ ROZWOJU FILANTROPII W POLSCE (ARFP) I LOKALNĄ GRUPĄ DZIAŁANIA WARMIŃSKI ZAKĄTEK**

**W FORMIE STACJONARNEJ**

**w trakcie obowiązującego w Polce stanu epidemii.**

 **…………………………………………………….**

**Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki projektu**

W związku z moim uczestnictwem w Projekcie Działaj Lokalnie 2020 – Polsko-Amerykańskiej Fundacji Wolności (PAWF),realizowanym przez Akademię Rozwoju Filantropii w Polsce (ARFP)I Lokalną Grupę Działania „Warmiński Zakątek” realizowanym przez dotowanego…………………………………………………………… w ramach umowy nr……..…………………………………………………………………………………………

Oświadczam, iż **wyrażam dobrowolną zgodę na uczestnictwo w formie stacjonarnej**.

Jednoczenie wyrażam zgodę i zostałem poinformowany/poinformowana oraz jestem świadomy/świadoma, że:

 **W warsztatach/spotkaniach mogą uczestniczyć tylko osoby zdrowe**

 **Nie powinienem/powinnam uczestniczyć w warsztatach/spotkaniach** , jeśli miałem/miałam **kontakt z osobą zakażoną koronawirusem** lub chorą, i/lub **jeśli wróciłem/wróciłam z zagranicy** a od powrotu minęło mniej niż 14 dni, i/lub wykazuję infekcję dróg oddechowych (**gorączka powyżej 38°C wraz z kaszlem lub dusznością**)

 Uczestnicząc w warsztatach/spotkaniach jestem zobowiązany/zobowiązana do przestrzegania i dostosowania się do aktualnie obowiązującego „reżimu sanitarnego” wynikającego z aktualnie obowiązujących przepisów sanitarnych związanych z zapobieganiem rozprzestrzeniania się wirusa COVID-19 np. takich jak stosowania osłony ust i nosa, rękawiczek jednorazowych i preparatów do dezynfekcji rąk oraz zachowywania dystansu społecznego w odstępie od innych uczestników wsparcia, trenera czy też personelu obsługującego projekt (2 m).

 O aktualnie obowiązujących mnie zasadach wynikających z „reżimu sanitarnego” będę informowany na bieżąco przez Wnioskodawcę/Realizatora i będę korzystać z udostępnionych przez nich Uczestnikom środków ochrony osobistej i płynów do dezynfekcji rąk.

 ............................................. .............................................

 **Data i miejsce podpis Uczestnika/czki projekt**