*Załącznik nr 4 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie*

*nr RPWM.02.04.01-28-0009/20*

*NOWE ZAWODY NOWE SZANSE*

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE NR RPWM.02.04.01-28-0009/20**

**PN.: NOWE ZAWODY NOWE SZANSE**

**DLA KIERUNKU ZAWODOWEGO - PRACOWNIK POMOCNICZY OBSŁUGI HOTELOWEJ**

Sposób wypełnienia:

1. Deklaracja powinna być wypełniona w sposób czytelny;
2. W przypadku jakichkolwiek skreśleń, należy skreślenie zaparafować wraz z datą a następnie wpisać/zaznaczyć prawidłową odpowiedź.

Imię i nazwisko: ………………………………………….…………………………

Pesel: …………………………………………………………………………………….

**Deklaruję uczestnictwo w następujących formach wsparcia realizowanych w ramach projektu nr RPWM.02.04.01-28-0009/20 pn.: NOWE ZAWODY NOWE SZANSE dla grupy docelowej uczniów/uczennic Specjalnej Szkoły Branżowej I Stopnia w SOSW w Kętrzynie – W WYNIKU PRZEPROWADZONEJ INDYWIDUALNEJ DIAGNOZY UCZESTNIKA**

|  |  |
| --- | --- |
| Barista |  |
| Barman |  |
| Prawo jazy kat. B |  |

*(proszę zaznaczyć słowem TAK w odpowiednim polu)*

W związku z powyższym zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa   
w szkoleniach/kursie/studiach organizowanych w ramach projektu i brania udziału w badaniach ankietowych   
i badaniu faktu nabycia kwalifikacji/kompetencji dotyczących rezultatów projektu. Jestem świadoma/świadomy\*, że obecność na szkoleniach jest obowiązkowa. Pisemnie usprawiedliwione będą nieobecności spowodowane zwolnieniem lekarskim lub wypadkami losowymi.

Zapoznałam/zapoznałem\* się z *Regulaminem uczestnictwa w projekcie nr RPWM.02.04.01-28-0009/20 NOWE ZAWODY NOWE SZANSE* oraz oświadczam, że spełniam warunki uczestnictwa w projekcie. Dane osobowe podane w związku z ubieganiem się o udział w projekcie są prawdziwe. Zobowiązuję się do poinformowania Projektodawcy, z odpowiednim wyprzedzeniem o konieczności rezygnacji z udziału w projekcie.

Zostałem poinformowany/a, że uczestniczę w projekcie, który otrzymał dofinansowanie   
z Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko - Mazurskiego na lata 2014-2020

Miejscowość i data Podpis osoby pełnoletniej lub rodzica/opiekuna prawnego

\* *niepotrzebne skreślić*