

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
nr umowy o dofinansowanie POWR.02.06.00-00-0057/17
WNIOSEK O REHABILITACJĘ KOMPLEKSOWĄ**

Ja, niżej podpisany/a _____

zamieszkały/a _____

Numer PESEL:																				
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

wyrażam chęć oraz deklaruję swój udział w rehabilitacji kompleksowej prowadzonej w ramach projektu: **„Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”** realizowanym przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (lidera projektu) w partnerstwie z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i Centralnym Instytutem Ochrony Pracy - Państwowy Instytut Badawczy (partnerzy projektu) ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś Priorytetowa II „Wysoka jakość polityki na rzecz włączenia społecznego i zawodowego osób niepełnosprawnych”.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku (Dz. U. Dz. U. 1997 Nr 88 poz. 553 z puż. zm.) Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że podane dane są prawdziwe.

Tel do kontaktu:.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis)

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

Oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami realizacji pilotażu rehabilitacji kompleksowej

Imię (imiona)

Nazwisko (nazwiska)

Numer PESEL¹

Adres zamieszkania

Dane do kontaktu²

Oświadczam, że zapoznałam się/zapoznałem się z warunkami realizacji programu rehabilitacji kompleksowej, stanowiącymi załącznik do niniejszego oświadczenia.

Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych oraz dokumentacji stanowiącej podstawę zakwalifikowania do programu rehabilitacji kompleksowej do ośrodka rehabilitacji kompleksowej.

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko Uczestnika pilotażu)

¹ jeśli nie nadano numeru PESEL – rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości.

² prosimy o podanie numeru telefonu lub adresu e-mail.