Deklaracja uczestnictwa w projekcie

Ja, niżej podpisany(a) ...............................................................................................................................

(Imię i nazwisko beneficjenta)

zam. .......................................................................................................................

(adres zamieszkania: miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, kod)

Telefon kontaktowy: ...............................................................................................

Nr PESEL: .............................................................................................................

1. Dobrowolnie deklaruję swój udział we wszystkich zaproponowanych mi formach wsparcia, odbywających się w ramach projektu „Sprawić Moc 9” realizowanego przy wsparciu finansowym ze środków PFRON.
2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniających do udziału w projekcie.
3. Zobowiązuję się do powiadomienia Lidera - Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddziału Warszawskiego, przy ul. Nowosieleckiej 12, 00-466 Warszawa z odpowiednim wyprzedzeniem o konieczności zrezygnowania z udziału w projekcie.
4. Zostałem/am poinformowany/a iż uczestniczę w projekcie zrealizowanym przy wsparciu finansowym ze środków PFRON.
5. Oświadczam, że informacje zawarte w Deklaracji uczestnictwa w projekcie są zgodne z prawdą i z dokumentacją dostępną w biurze projektu Lidera - Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddziału Warszawskiego, przy ul. Nowosieleckiej 12, 00-466 Warszawa.
6. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

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

MIEJSCOWOŚĆ, DATA CZYTELNY PODPIS