**Załącznik nr 2 do Regulaminu**

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA**

**w projekcie "Absolwent 3”**

**realizowanego przez Fundację Onkologiczną Rakiety w ramach pilotażowego programu "ABSOLWENT"**

**Ja, niżej podpisany/podpisana**……………………………………………………………………………………………....

|  |  |
| --- | --- |
| **PESEL (lub data urodzenia)** | …………………………………………………………………………………………………. |

Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.

**Oświadczam, że:**

1. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie informacji niezgodnych z prawdąi przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje.
2. Dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym, w tym wszystkie udzielone informacje, są zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem/am się z postanowieniami **Regulaminu** uczestnictwa w projekcie "Absolwent 3” i akceptuję jego postanowienia, spełniam kryteria uczestnictwa określone w nim i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w Projekcie zobowiązuję się do jego ich bezwzględnego przestrzegania.
4. Zapoznałem/am się z postanowieniami Polityki Ochrony Danych Osobowych Organizatora oraz została mi przedstawiona Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych Organizatora zawarta w załączniku nr 3.
5. Deklaruję uczestnictwo w określonych dla mnie formach wsparcia w Projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora.
6. Mam świadomość konsekwencji finansowych związanych z wykluczeniem z projektu lub rezygnacją w trakcie trwania projektu nieuzasadnioną istotną przyczyną.
7. Zobowiązuję się do udzielania informacji o podjęciu zatrudnienia lub rozpoczęciu działalności gospodarczej oraz przesłania dokumentów potwierdzających na wezwanie Organizatora w okresie trwania projektu oraz przez 3 miesięcy po jego zakończeniu.
8. Zostałem/am poinformowany/a o **współfinansowaniu projektu** w projekcie "Absolwent 3” realizowanego w ramach pilotażowego programu "ABSOLWENT" **ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**.

……………….…………………………… ……………….…………………………… Miejscowość i data podpis Kandydata/Kandydatki