

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU
„Akademia nowych szans – II edycja” RPWP.07.01.02-30-0119/22

- 1) **Wyrażam/nie wyrażam¹** zgodę/y na rozpowszechnianie mojego wizerunku poprzez publikację zdjęcia/zdjęć wykonanych w ramach działań promocyjnych i archiwizacyjnych do Projektu realizowanego przez Grupę Profesja Sp. z o. o. w ramach Programu Operacyjnego na lata 2014-2020. Podstawą prawną jest artykuł 6 ust.1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 o ochronie danych osobowych z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem ich danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016 r.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis)

- 2) Oświadczam, że zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 Nr 123 poz. 776 z późn. zm.) w dniu przystąpienia do projektu „Akademia nowych szans – II edycja” RPWP.07.01.02-30-0119/22 **posiadam/nie posiadam² statusu osoby niepełnosprawnej.**

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis)

- 3) Oświadczam, że w przypadku nie podjęcia zatrudnienia po zakończeniu udziału w Projekcie, **zobowiązuje się do zarejestrowania we właściwym Powiatowym Urzędzie Pracy (nie później niż do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie).** Tym samym zobowiązuje się do przedstawienia Beneficjentowi zaświadczenia potwierdzającego wypełnienie powyższego zobowiązania.

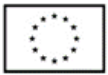
.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis)

- 4) Oświadczam, że **zobowiązuje się (w terminie do 3 miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie),** przekazać Beneficjentowi dane dotyczące **mojego statusu na rynku pracy oraz informacje dotyczące efektywności społecznej (w terminie do 3 miesięcy od zakończenia udziału w Projekcie),** tj. informacje na temat rozpoczęcia nauki, wzmocnienia motywacji do pracy po projekcie, zwiększenie pewności siebie i własnych umiejętności, poprawy umiejętności rozwiązywania pojawiających się problemów, podjęcia wolontariatu, poprawy

¹ Niepotrzebne skreślić

² Niepotrzebne skreślić



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

stanu zdrowia, poprawy w funkcjonowaniu osób
z niepełnosprawnościami po zakończonym udziale w projekcie.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis)

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za oświadczenie nieprawdy, na podst. art. 233 § 1 i 2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. 1997r., Nr 88, poz. 553 z późniejszymi zmianami) tj.: *„Kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie”*, oświadczam, iż powyższe dane są zgodne z prawdą.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis)