



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
„FABRYKA LEKÓW – od pomysłu do produktu”

DANE UCZESTNIKA (UCZEŃ)									
imię									
nazwisko									
pesel									
płeć	<input type="radio"/> kobieta	<input type="radio"/> mężczyzna	wiek w chwili przystąpienia do projektu						
kraj obszaru zamieszkania			wysztaczenie				<input type="radio"/> gimnazjalne		
DANE KONTAKTOWE									
województwo				powiat					
gmina				miejscowość					
ulica				kod pocztowy					
nr budynku				nr lokalu					
telefon kontaktowy				e-mail					
SZCZEGÓŁY WSPARCIA									
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu							<input type="radio"/> osoba bierna zawodowo (UCZEŃ)		
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU (UCZNIA) W CHWILI PRYZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU									
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia									
<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> Odmowa podania informacji									
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań									
<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie									
Osoba z niepełnosprawnościami									
<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> Odmowa podania informacji									
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej									
<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> Odmowa podania informacji									

Oświadczam że:

1. Deklaruję chęć udziału w projekcie „FABRYKA LEKÓW – od pomysłu do produktu”,
2. Zapoznałem/-am się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Zapoznałam/em się z warunkami udziału w Projekcie i oświadczam, że moje dziecko je spełnia.
4. W przypadku zakończenia przez moje dziecko udziału w Projekcie przed zakończeniem zadeklarowanej ścieżki wsparcia, zobowiązuję się do zwrotu kosztów poniesionych przez UMB i II LO w Białymstoku na wszystkie formy wsparcia na warunkach określonych w Regulaminie.
5. Poinformowano mnie, iż uczestniczę w projekcie współfinansowanym przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
6. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

.....
Czytelny podpis Rodzica/Opiekuna prawnego*

*W przypadku osoby niepełnoletniej deklaracja powinna być podpisana zarówno przez uczestnika/uczestniczkę jak i przez jego/jej rodzica/opiekuna prawnego.

Data pierwszego wsparcia (wypełnia upoważniony członek Zespołu projektowego):