**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBY APLIKUJĄCEJ** | | | |
| Imię (imiona) |  | | |
| Nazwisko |  | | |
| Telefon kontaktowy |  | | |
| Adres e-mail |  | | |
| **Pełnię funkcję**  **Społecznego Inspektora Pracy** | * Tak | | * Nie |
| **Posiadam status przedstawiciela/lki partnerów społecznych należących do OPZZ lub jednej z organizacji członkowskich (członkowie i/lub pracownicy)** | Pełna nazwa organizacji (należy dołączyć oświadczenie potwierdzając przynależność): | | |
| **Reprezentuję branżę:**   * górnictwo i energetyka * przemysł * oświata i nauka * usługi publiczne * transport * budownictwo i przemysł drzewny * handel, usługi, kultura i sztuka | | **W ostatnim roku otrzymałam/em wsparcie w obszarze tematycznym, którego dotyczy szkolenie**   * nie * tak | |

**Ja, niżej podpisana/y, niniejszym oświadczam, że:**

1. wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w projekcie pn.: Społeczny Inspektor Pracy SIP - gwarancją przestrzegania praw pracowniczych w Twoim miejscu pracy nr FERS.04.03-IP.06-0006/24,
2. zostałem/am poinformowany/a, że projekt Społeczny Inspektor Pracy SIP - gwarancją przestrzegania praw pracowniczych w Twoim miejscu pracy nr FERS.04.03-IP.06-0006/24, jest finansowany ze środków Unii Europejskiej oraz dotacji celowej w ramach działania 4.3 Dialog społeczny w zakresie adaptacyjności,
3. zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie wraz z załącznikami i akceptuję jego warunki,
4. należę do grupy osób uprawnionych do skorzystania ze wsparcia zgodnie z Regulaminem uczestnictwa w projekcie,
5. deklaruję udział w przynajmniej 80% czasu zajęć prowadzonych w ramach projektu
6. wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie mojego wizerunku poprzez publikację zdjęcia/zdjęć wykonanych przez Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, na stronie internetowej opzz.org.pl i/lub w mediach społecznościowych oraz że zdjęcia te nie naruszają moich dóbr osobistych.

**Kryteria premiujące (proszę zaznaczyć X w przypadku odpowiedzi twierdzącej)**:

* Jestem kobietą pełniącą funkcję SIP lub osobą chcącą pełnić funkcję SIP,
* Jestem poniżej 37 roku życia,
* Sprawuję opiekę nad osobami zależnymi (dziećmi lub innymi)
* Przynależę do grup defaworyzowanych (mniejszości etniczne, niepełnosprawność i inne)

w przypadku odpowiedzi tak, jakiej……………………………………………………

* Proszę o zapewnienie potrzeb specjalnych:
* Żywieniowych (jakich)……………………………………………….
* Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie ……………………………
* Tłumaczenie na język migowy …………………………………………………..
* Specjalne materiały szkoleniowe (duża czcionka itp.) …..………………………
* Inne (jakie)……………………………………………………………………….

**Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane przedstawione w deklaracji uczestnictwa w projekcie odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.**

........................................................ ……………………………..  
 *Miejscowość i data* *Czytelny podpis (imię i nazwisko)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Potwierdzenie przynależności** | | |
| **Pieczątka  lub pełna nazwa organizacji członkowskiej OPZZ**  **wraz z adresem** | |  |
| **Potwierdzam, że** | | **Pani/Pan………………………………………………….**  **jest członkiem/przedstawicielem/pracownikiem organizacji, która jest organizacją członkowską OPZZ** |
| **DATA i Podpis osoby upoważnionej  z ramienia organizacji** | |  |
|  | |