



Załącznik nr 2 do Regulaminu Projektu – Deklaracja uczestnictwa

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
„Wielkopolska Akademia Kwalifikacji Zawodowych
- podregion leszczyński”**

Ja niżej podpisany/a,

zamieszkały/a,

tel. kontaktowy, numer PESEL.....,

wyrażam chęć uczestnictwa z własnej inicjatywy oraz deklaruję udział w projekcie pn. „Wielkopolska Akademia Kwalifikacji Zawodowych - podregion leszczyński” (nr RPWP.08.03.02-30-0028/19)

realizowanym przez:

Operatorów projektu:

MDDP spółka akcyjna AKADEMIA BIZNESU sp.k. z siedzibą: ul. Grzybowska 56, 00-844 Warszawa - PARTNER WIODĄCY oraz WIELKOPOLSKĄ IZBĘ PRZEMYSŁOWO-HANDLOWĄ z siedzibą: ul. Święty Marcin 24 lok. 402, 61-805 Poznań – PARTNER.

na podstawie umowy zawartej z Urzędem Marszałkowskim Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu [al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań (Instytucja Zarządzająca)] w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego na lata 2014-2020 w ramach Osi Priorytetowej 8. *Edukacja, Działania 8.3. Wzmocnienie oraz dostosowanie kształcenia i szkolenia zawodowego do potrzeb rynku pracy, Poddziałanie nr 8.3.2 Kształcenie zawodowe dorosłych – tryb konkursowy.*

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie tj.:

- mam ukończone 18 lat,
- zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego/pracuję/uczę się w województwie wielkopolskim na obszarze podregionu leszczyńskiego (powiaty: gostyński, grodziski, kościański, leszczyński, międzychodzki, nowotomyski, rawicki, wolsztyński i m. Leszno),
- zgłaszam z własnej inicjatywy potrzebę podniesienia poziomu kwalifikacji zawodowych w formach pozaszkolnych,
- nie prowadzę działalności gospodarczej,

W przypadku wypełnienia przeze mnie Elektronicznego Formularza Zgłoszeniowego oświadczam, że podane w nim dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.

Jednocześnie zobowiązuje się do:

- przestrzegania zasad udziału w projekcie zgodnych z Regulaminem Projektu,
- skorzystania z formy wsparcia jakim jest doradztwo edukacyjno-zawodowe,
- przedstawienia w wyznaczonym terminie wszystkich dokumentów umożliwiających rozliczenie ze strony Operatora, co skutkowało będzie otrzymaniem należnej refundacji.

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI