**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**Ja, niżej podpisany(a),**

................................................................................................................................................

(Imię i nazwisko składającego oświadczenie)

Zamieszkały(a)

................................................................................................................................................

(adres zamieszkania: miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, kod)

Telefon kontaktowy: ..............................................................................................................

Data urodzenia: ....................................................................................................................

🞐 Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy Powiatu Krakowskiego, należącą do co najmniej jednej z poniższych grup:

* **osoba młoda (w wieku 18-29lat),**
* **osoba długotrwale bezrobotna,**
* **osoba z niepełnosprawnością,**
* **osoba w wieku 50 lat i więcej,**
* **kobieta,**
* **migrant,**
* **osoba o niskich kwalifikacjach.**

1. Deklaruję swój udział w projekcie Powiatu Krakowskiego – Urzędu Pracy Powiatu Krakowskiego pn. „***Qaktywności – Mocna Ekipa”*** realizowanym w ramach *Funduszy Europejskich dla Małopolski 2021-2027, 6 Oś Priorytetowa – Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego programu regionalnego, Działanie 6.1 – Aktywizacja zawodowa – projekty powiatowych urzędów pracy, Typ projektu A – Aktywizacja zawodowa PUP* oraz spełniam wymogi kwalifikacyjne związane z udziałem w projekcie.
2. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia o mojej ewentualnej rezygnacji z udziału w w/w Projekcie, poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o rezygnacji z udziału w Projekcie.
3. Zostałem(am) poinformowany(a), że jestem uczestnikiem w Projekcie współfinansowanym przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+).
4. Zostałem(am) poinformowany(a), że za podjęcie zatrudnienia uznaje się: stosunek pracy, stosunek cywilno-prawny lub samozatrudnienie oraz zobowiązuję się do niezwłocznego dostarczenia do urzędu dokumentów potwierdzających ten fakt tj. kopii umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej, zaświadczenia z zakładu pracy o zatrudnieniu lub wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.
5. Oświadczam, że nie jestem uczestnikiem innego projektu aktywizacji zawodowej współfinansowanego ze środków EFS+.
6. Oświadczam, że zostałem(am) zapoznany(a) z definicjami obowiązującymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w obszarze rynku pracy na lata 2021-2027, w szczególności z następującymi pojęciami:
   * ***OSOBA BEZROBOTNA*** *– osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Definicja uwzględnia osoby zarejestrowane jako bezrobotne zgodnie z krajowymi przepisami, nawet jeżeli nie spełniają one wszystkich trzech kryteriów. Osobami bezrobotnymi są zarówno osoby bezrobotne w rozumieniu badania aktywności ekonomicznej ludności, jak i osoby zarejestrowane jako bezrobotne. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu).*
   * ***OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA*** *– osoba bezrobotna pozostającą w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych.*
   * ***OSOBA W WIEKU 18-29 LAT –*** *wiek uczestnika określany jest na podstawie daty urodzenia*
   * ***OSOBA W WIEKU 50 LAT I WIECĘJ –*** *wiek uczestnika określany jest na podstawie daty urodzenia*
   * ***OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI –*** *posiadająca odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia, w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych i ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia*
   * ***MIGRANT/ CUDZOZIEMIEC –*** *osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa(obywatelstw) innych krajów*
   * ***OSOBY O NISKICH KWALIFIKACJACH –*** *osoby posiadające wykształcenie na poziomie od 0 do 3 włącznie zgodnie z klasyfikacja International Standard Classification of Education (ISCED) tj. wykształcenie podstawowe, gimnazjalne lub ponadgimnazjalne w tym np. zasadnicze zawodowe, średnie ogólnokształcące.*

***Zostałam/em pouczony o obowiązku składania prawdziwych oświadczeń.***

|  |  |
| --- | --- |
| *……………………………….*  *Miejscowość, data* | *…………………………………………………….*  *Czytelny podpis osoby składającej deklarację* |