

**OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ I AKCEPTACJI REGULAMINU REKRUTACJI
I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Ja niżej podpisany/a:											
Posiadający/a nr Pesel:											
Zamieszkały/a (adres zamieszkania kandydata/kandydatki)	Ulica										
	Nr domu/lokalu										
	Kod pocztowy										
	Miejscowość										

OŚWIADCZAM, że:

zapoznałem/am się i akceptuję oraz zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pt. „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia” realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, dla osi priorytetowej: IX. Włączenie społeczne dla działania: 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne dla poddziałania: 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych – konkurs.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości możliwość zmiany Regulaminu¹, o którym mowa wyżej i zobowiązuję się każdorazowo do zapoznania się ze zmianami w wyżej wymienionym dokumencie w całym okresie realizacji Projektu.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Uczestnika/Opiekuna Prawnego

1

¹ Zmieniony Regulamin będzie każdorazowo publikowany na stronach internetowych Projektu.