



Załącznik do deklaracji uczestnictwa z dnia.....

Imię i Nazwisko składającego Oświadczenie .....

---

1. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem\* się z założeniami/harmonogramem/regulaminem projektu "Zmieniam siebie – dbam o rodzinę. Edycja II" i deklaruję uczestnictwo w co najmniej 80% czasu\*\* z poszczególnych zadań przewidzianych w ramach projektu: tj.:

- 1) Zadanie 2 – Warsztaty kompetencji rodzicielskich (liczba godzin zadania - 72 godziny).
- 2) Zadanie 3 – Krótkoterminowa Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach (TSR) (liczba godzin zadania - 12 godzin).
- 3) Zadanie 4 – Organizacja czasu wolnego (liczba godzin zadania – 36 godzin) oraz wyjazdy edukacyjno-integracyjne.
- 4) Zadanie 5 – Budowa pozytywnej samooceny (liczba godzin zadania – 36 godzin) oraz spotkania praktyczne.

---

2. Oświadczam, że w przypadku nie osiągnięcia 80% obecności w ramach wyżej wymienionych działań, mogę zostać zobowiązany przez **Gminę Iłowo-Osada/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Iłowie-Osadle** do zwrotu poniesionych kosztów z tytułu nieukończenia udziału w projekcie.

---

3. Zobowiązuję się do powiadomienia **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Iłowie-Osadle** najpóźniej na 3 dni robocze, przed datą rozpoczęcia zajęć o braku możliwości uczestniczenia w zajęciach. W przeciwnym wypadku zobowiązuję się do zwrotu kosztów poniesionych przez **Gminę Iłowo-Osada/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Iłowie-Osadle** z tytułu niekwalifikowalności wydatków. Nie dotyczy sytuacji i zdarzeń losowych, siły wyższej, chorób/pobytu w szpitalu/wizyt w poradniach specjalistycznych\*\*\* (potwierdzonych zaświadczeniem lekarskim), wizytach w sądzie itp. (na podstawie imiennego wezwania).

\* niewłaściwe skreślić

\*\* nie dotyczy przypadków, o których mowa w ust. 3

\*\*\* w przypadku wizyt umówionych przed datą planowanych zajęć i w przypadku braku możliwości ich zmiany

.....  
Data

.....  
podpis