

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana/y:

Imię i nazwisko Uczestnika Projektu:

.....

PESEL:

Adres zamieszkania:

.....

.....

Telefon kontaktowy:

deklaruję chęć udziału w projekcie pn.: „Michałowicki program deinstytucjonalizacji systemu wsparcia osób niesamodzielnych” realizowanym przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Michałowice dofinansowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, Osi priorytetowej IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, Poddziałanie 9.2.1 Zwiększenie dostępności usług społecznych.

.....

Miejscowość i data

.....

czytelny podpis Uczestnika Projektu