

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE  
nr umowy o dofinansowanie POWR.02.06.00-00-0057/17  
WNIOSEK O REHABILITACJĘ KOMPLEKSOWĄ**

Ja, niżej podpisany/a \_\_\_\_\_

zamieszkały/a \_\_\_\_\_

|              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Numer PESEL: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

wyrażam chęć oraz deklaruje swój udział w rehabilitacji kompleksowej prowadzonej w ramach projektu: „**Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy**” realizowanym przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (lidera projektu) w partnerstwie z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i Centralnym Instytutem Ochrony Pracy - Państwowy Instytut Badawczy (partnerzy projektu) ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś Priorytetowa II „Wysoka jakość polityki na rzecz włączenia społecznego i zawodowego osób niepełnosprawnych”.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku (Dz. U. Dz. U. 1997 Nr 88 poz. 553 z puź. zm.) Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że podane dane są prawdziwe.

Tel do kontaktu:.....

Podany nr telefonu będzie służył do kontaktu ze strony PFRON i ustalenia dalszych kroków postępowania związanych z udziałem w rehabilitacji kompleksowej. Jeśli mają Państwo dodatkowe pytania dotyczące rehabilitacji kompleksowej proszę o kontakt pod nr telefonu: **22 50 55 672, 532 433 727**, lub adres e-mail: **ork@pfron.org.pl**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
( podpis)

Lider Projektu

Partnerzy Projektu