

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

## Załącznik nr 2. Deklaracja uczestnictwa w testowaniu instrumentu

### Deklaracja uczestnictwa w testowaniu

Instrument: Biznes bez barier – Asystent działalności gospodarczej

Imię i nazwisko:

Nazwa prowadzonej działalności gospodarczej:

Ja, niżej podpisany/a deklaruję uczestnictwo w projekcie „Włączenie wyłączonej - aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”, nr POWR.02.06.00-00-0065/19 współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Osi Priorytetowej II. Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.6 Wysoka jakość polityki na rzecz włączenia społecznego i zawodowego osób niepełnosprawnych przez Stowarzyszenie Czas Przestrzeń Tożsamość.

Jednocześnie deklaruję, iż spełniam wszystkie warunki kwalifikujące mnie do wzięcia udziału w przedmiotowym projekcie, w tym: (proszę o zaznaczenie pola krzyżykiem lub wpisanie wymaganych informacji)

Jestem osobą z orzeczoną niepełnosprawnością

Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez:

ważne do dnia:

Prowadzę działalność gospodarczą przez okres nie dłuższy niż 24 miesiące, wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej w dniu:

Projekt partnerski

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Planuję zatrudnić asystenta/ów działalności gospodarczej z uwagi na posiadane niepełnosprawności

Ponadto:

- zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Włączenie wyłączonej - aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”, zgadzam się z jego zapisami i zobowiązuję się do jego przestrzegania, w tym do pokrycia 30% kosztów zatrudnienia asystenta działalności gospodarczej,
- zobowiązuję się do wypełniania wszystkich dokumentów związanych z realizowanym Projektem,
- zobowiązuję się do brania udziału w badaniach ewaluacyjnych w trakcie udziału w Projekcie.

Miejscowość, data

.....  
Podpis uczestnika

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

