



Wrocławskie Centrum Zdrowia (Centrum Zdrowia Psychicznego + ul. Ostrowskiego 13 c)

Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój

Tytuł projektu: Program zintegrowanych działań zdrowotnych, społecznych i socjalnych w procesie zdrowienia osób z doświadczeniem choroby psychicznej ETAP II.

POWR.04.01.00-00-D203/17 z dnia: 2018.06.28

Oś priorytetowa: IV. Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa

Działanie: 4.1 Innowacje społeczne

Stanowisko w projekcie: .....

Forma zaangażowania w projekcie: .....

Wymiar czasu pracy w projekcie: .....

### OŚWIADCZENIE PERSONELU PROJEKTU DOTYCZĄCE ZAANGAŻOWANIA ZAWODOWEGO

Ja, niżej podpisany/a:

PESEL: .....

świadom/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż na dzień składania niniejszego oświadczenia:

1. nie pracuję w instytucji uczestniczącej w realizacji Programu Operacyjnego na podstawie stosunku pracy,
2. pracuję w instytucji uczestniczącej w realizacji Programu Operacyjnego na podstawie stosunku pracy, niemniej nie zachodzi konflikt interesów bądź podwójne finansowanie w przypadku zaangażowania w niniejszym projekcie,
3. nie jestem pracownikiem Partnera projektu,
4. zobowiązuję się do przedłożenia/przedkładania kart czasu pracy potwierdzającego /potwierdzających wykonanie zadań lub czynności, liczbę godzin w danym miesiącu kalendarzowym, poświęconych na wykonanie zadań lub czynności w projekcie,
5. zapewniam, iż moje łączne zaangażowanie zawodowe\* w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych beneficjenta i innych podmiotów wynosi nie więcej niż **276 godzin zegarowych na miesiąc**,
6. zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia beneficjenta o każdej zmianie mojego zaangażowania zawodowego w realizację wszystkich projektów finansowanych z Funduszy Strukturalnych i Funduszy Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych beneficjenta i innych podmiotów, które będzie skutkowało przekroczeniem dopuszczalnego limitu **276 godzin zegarowych na miesiąc**.
7. Oświadczam, że zobowiązuję się poinformować Wrocławskie Centrum Zdrowia o wszelkich zmianach związanych z moim zatrudnieniem, w terminie 5 dni od dnia zaistnienia zdarzenia.
8. W przypadku wystąpienia nieprawidłowości w zakresie spełnienia warunku związanego z godzinowym limitem zaangażowania w miesiąc, zobowiązuję się do niezwłocznego zwrotu środków, które zostaną uznane za niekwalifikowalne na rzecz beneficjenta.

.....

(Miejscowość, data)

.....

(Czytelny podpis)

\* Dotyczy wszelkich form zaangażowania zawodowego, w szczególności w ramach stosunku pracy, stosunku cywilnoprawnego i samozatrudnienia, w tym prowadzenia własnej działalności gospodarczej