



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 16

DECLARAȚIE CU PRIVIRE LA EXPRIMAREA ACORDULUI PENTRU APARTENENȚA LA GT AL APP DE A PARTICIPA LA TOATE ACTIVITĂȚILE DIN PROIECT, RESPECTIV PARTICIPAREA LA CURSURILE DE CALIFICARE APP, ATESTAREA, POTRIVIREA CU PERSOANA CU DIZABILITĂȚI, ANGAJAREA CA APP

Subsemnatul/a _____, cu domiciliul în localitatea _____, str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____, et _____, ap _____, județul/sector _____, CNP _____, posesor/posesoare a CI seria _____ nr. _____, emis de _____ la data de _____, declar pe propria răspundere că:

1. Îmi exprim pe această cale acordul expres și neviciat privind participarea la toate activitățile pe care le implică implementarea proiectului „Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități”, Cod SMIS : 339736, respectiv: depunerea documentației solicitate, întocmirea în conformitate cu realitatea/originalele, participarea la cursurile de calificare APP, parcurgerea etapelor pentru atestarea ca APP, potrivirea cu persoana cu dizabilități, angajarea de APP în cadrul DGASPC;

2. Îmi exprim pe această cale acordul expres și neviciat, precum și angajamentul privind desfășurarea activității ca APP în cadrul DGASPC P _____ pentru o perioadă de minimum 18 luni, ulterior finalizării perioadei de implementare a proiectului „Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități”, Cod SMIS 339736;

3. În cazul nerespectării uneia sau mai multor dintre aceste obligații în calitate de persoană selectată în cadrul grupului țintă al APP, mă angajez să returnez integral costurile aferente formării profesionale și participării la curs (transport, masă, subvenții etc.), conform prevederilor legale aplicabile.

Datele din prezenta declarație sunt complete și corecte.

Declar că am luat la cunoștință de prevederile art. 326 din Codul Penal potrivit cărora falsul în declarații se pedepsește conform legii.

Data:

Nume și prenume:

Semnătură:

Notă: Prezenta declarație se va atașa la dosarul al domnului/doamnei _____ privind identificarea, selectarea și monitorizarea Grupului Țintă al Asistentului Personal Profesionist din cadrul proiectului „Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități”, Cod SMIS: 339736”.



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 17

**DECLARAȚIE CU PRIVIRE LA RESPECTAREA CONFIDENȚIALITĂȚII INFORMAȚIILOR
REFERITOARE LA PERSOANA/ PERSOANELE CU DIZABILITĂȚI ȘI A ETICII PROFESIONALE**

Subsemnatul/a _____, cu domiciliul _____ în localitatea _____, str. _____ nr _____, bl. _____, sc. _____, et _____, ap _____, județul/sector _____ CNP _____, posesor/posesoare a CI seria _____ nr. _____, emis de _____ la data de _____, declar pe propria răspundere că mă angajez să respect confidențialitatea datelor și a documentelor uzitate în cadrul activității mele ca persoană selectată pentru a fi formată, atestată și angajată ca APP, precum și ca angajat în funcția de APP, pe perioada de implementare a proiectului „Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități”, Cod SMIS : 339736, precum și pe perioada de asigurare a sustenabilității proiectului.

Datele din prezenta declarație, sunt complete și corecte.

Declar că am luat la cunoștință de prevederile art. 326 din Codul Penal, potrivit cărora falsul în declarații se pedepsește conform legii.

Data

Nume și prenume

Semnătură

Notă: Prezenta declarație se va atașa la dosarul al domnului/doamnei _____ privind identificarea, selectarea și monitorizarea Grupului Țintă al Asistentului Personal Profesionist din cadrul proiectului „Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități”, Cod SMIS: 339736”.