Projekt **„Wsparcie osób niesamodzielnych w Gminie Mysłakowice”**

Nr RPDS.09.02.01-02-0017/19 Regionalny Program Operacyjny

Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Oś Priorytetowa 9 Włączenie społeczne

Działanie 9.2 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

**Rezygnacja z udziału w projekcie**

**Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………**

**ur. dnia .………………………………………………………………… w ………………………………………………**..

Niniejszym oświadczam, że z dniem ……………………………………………………………………… **rezygnuję z udziału w projekcie** pt**. „Wsparcie osób niesamodzielnych w Gminie Mysłakowice”.**

Przyczyną rezygnacji jest:

1. Stan zdrowia nie pozwala na dalszy udział w projekcie
2. Zmiana miejsca pobytu
3. Inna: …………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………….

Data i podpis Uczestnika Projektu

Uwagi podmiotu realizującego usługi:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………