

**Załącznik nr 1**

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W WARSZTATACH DZIAŁAŃ TOWARZYSZĄCYCH**

**W RAMACH Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014 – 2020 – PODPROGRAM 2021 – forma zdalna**

Bloki tematyczne prowadzone w formie zdalnej przez Caritas Diecezji Łomżyńskiej:

1. Warsztaty dietetyczne – „Fajne babeczki” - rodzaje mąki i jej właściwości zdrowotne
2. Warsztaty kulinarne – „Fantazje makaronowe” – rodzaje makaronów i ich zastosowanie z produktami z POPŻ
3. Warsztaty edukacji ekonomicznej – „Finanse na talerzu” – projektowanie wydatków żywieniowych

Czas trwania warsztatów: około 2 tygodnie od wysłania maila zgłoszeniowego przez uczestnika na: [popzcaritaslomza@gmail.com](mailto:popzcaritaslomza@gmail.com)

1. Wyrażam zgodę na uczestnictwo w warsztatach, organizowanych przez Caritas Diecezji Łomżyńskiej w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014 – 2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Pomocy Najbardziej Potrzebującym (FEAD) – Podprogram 2021
2. Oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a z tematyką i formą niniejszych warsztatów, którą w całości akceptuję i zobowiązuję się do uczestnictwa w przewidzianych dla mnie formach wsparcia.
3. Zobowiązuję się do kontaktu mailowego z osobą prowadząca warsztaty w celu potwierdzenia udziału w zajęciach organizowanych przez Caritas Diecezji Łomżyńskiej w terminie wyznaczonym przez prowadzącą.
4. Oświadczam, ze spełniam wszystkie kryteria uprawniające mnie do udziału w warsztatach.
5. Zgłaszam chęć udziału rodziny (proszę wpisać imiona i nazwiska osób, wiek) – zgodnie ze skierowaniem OPS do programu PODPROGRAM 2021:

- dzieci (wiek do 15 roku życia) - imię………………………………………………………………………………………………………………………

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

- młodzież i dorośli (wiek od 15 roku życia do 65 roku życia) - imię…………………………………………………….……………………

- seniorzy (wiek powyżej 65 roku życia)- imię ……………………………………………………………………………………………………………

1. Potwierdzam odbiór pakietu warsztatowego
2. **Mój kontakt mailowy do warsztatów: ……………………………………………………………………………………………………………………**
3. Z pomocy żywnościowej korzystam w parafii/OPS\*…………………………………………………………………..(nazwa placówki)

Miejscowość, data …………..…………….…………….. podpis czytelny osoby na którą wystawione jest skierowanie do pomocy żywnościowej