

Załącznik nr 6

Projekt: „Razem Aktywni”

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

O SPEŁNIANIU WARUNKÓW KWALIFIKACYJNYCH UCZESTNIKA PROJEKTU

Upředzona(y) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym zaświadczam, że:

1. Jestem osobą powyżej 18r.ż.*.
2. Jestem osobą (KiM) z obszaru województwa świętokrzyskiego (w przypadku os. fiz. - uczą się, pracują lub zamieszkują na obszarze woj. św. w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego);
3. Stwierdzono u mnie brak przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w wybranym kursie.
4. Należę do jednej z wymienionych poniżej grup:
w odpowiedni kwadrat wpisać znak „x”
 - 1) ☐ osoby bezrobotne, zarejestrowane w PUP lub bezrobotne niezarejestrowane w PUP;
 - 2) ☐ osoby bierne zawodowo, niezarejestrowane w PUP, nieposzukujące pracy;
 - 3) ☐ osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy o pomocy społecznej;
 - 4) ☐ osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego;
 - 5) ☐ osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ).
5. Dane osobowe, które wpisałam(em) w „Formularzu zgłoszeniowym” nie uległy zmianie.**
6. Dane osobowe, które wpisałam(em) w „Formularzu zgłoszeniowym” uległy zmianie w zakresie:**(wpisać zakres zmian)

.....
Czytelny podpis

.....,r.
Miejscowość

data

* do Projektu kwalifikują się wyłącznie osoby, które w dniu rozpoczęcia udziału w Projekcie ukończyły 18 rok życia
** skreślić jeśli nie dotyczy