



Załącznik nr 10 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
„Lepsza praca się opłaca”
Nr FEMP.06.04-IP.02-0312/24

OŚWIADCZENIE

osoby sprawującej opiekę nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu/ lub dziećmi do lat 7

Imię i Nazwisko Kandydata/teki:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Oświadczam, że sprawuję opiekę nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu/ lub dziećmi do lat 7*:

.....

(imię, nazwisko, data urodzenia i adres zamieszkanie osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub dziecka)

Oświadczam, że nie ma możliwości uzyskania potrzebnego zaświadczenie od lekarza lub odpowiedniego orzeczenia, lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia osoby potrzebującej wsparcia/ lub dziecka.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis Kandydata/teki

*Niepotrzebne skreślić