



## OŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE SPEŁNIENIE KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ

w ramach projektu „Pracuję, więc mogę!”

Zapoznałem/am się z zasadami udziału w ww. projekcie zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i zgodnie z wymogami spełniam kryteria grupy docelowej, tj.:

| STATUS OSOBY W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU                                                                                                                                                                                                                   | NALEŻY ZAZNACZYĆ<br>ODWIEDNIE POLE                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Oświadczam, że jestem osobą posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności <sup>1</sup>                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Oświadczam, że jestem osobą pozostającą bez pracy                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Oświadczam, że zamieszkuję tereny woj. lubelskiego                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Oświadczam, że jestem osobą w wieku aktywności zawodowej (należy przez to rozumieć wiek: u kobiet 18-59lat, u mężczyzn 18-64 lat)                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Oświadczam, że <u>nie jestem</u> osobą objętą tymi samymi działaniami aktywizacyjnymi w ramach innych zadań lub projektów finansowych ze środków PFRON realizowanych w tym samym czasie (w tym za pośrednictwem samorządu województwa lub samorządu powiatowego). | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |

Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Miejscowość ....., dnia ....., .....

(Czytelny podpis kandydata/ki)

<sup>1</sup>o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn.zm)

