

Załącznik nr 4 do Formularza rekrutacyjnego

Projekt „*OPIEKA BEZ BARIER*”

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz budżetu państwa,
realizowany przez Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA”, na podstawie Umowy nr FEPK.07.18-IP.01-0111/23-00 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie w ramach regionalnego programu Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027
PRIORYTET nr FEPK.07 „Kapitał ludzki gotowy do zmian”
DZIAŁANIE FEPK.07.18 Usługi społeczne i zdrowotne świadczone w społeczności lokalnej

Oświadczenie o niekorzystaniu z usług tożsamych do realizowanych w projekcie

Ja, niżej podpisana/y:

.....
(imię i nazwisko kandydata/ki)

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, za składnie oświadczeń niezgodnych z prawdą **oświadczam, że przystępując do projektu „Opieka bez barier”** nie korzystam i nie korzystałem/am z usług tożsamych do realizowanych w Projekcie tj. z usług opiekuńczych i asystenckich

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata/-ki¹²

¹ W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

² W przypadku braku możliwości uzyskania czytelnego podpisu od Kandydata/teki należy: wykonać tuszowy odcisk palca Kandydata/teki, a osoba będąca świadkiem tego zdarzenia udziela swojego czytelnego podpisu, a przy tuszowym odcisku odnotowuje imię i nazwisko Kandydata/teki

