

(załącznik nr 2 do regulaminu uczestnictwa w projekcie pt. Bar „Radość” w Dębicy)

OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KI DO UCZESTNICZENIA W PROJEKCIE

pt. Bar „Radość” w Dębicy, realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, który współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

potwierdzające spełnienie kryteriów projektowych

Ja niżej podpisany (imię i nazwisko oraz PESEL) _____ niniejszym oświadczam, że jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie pt. Bar „Radość” w Dębicy, gdyż w chwili składania niniejszego formularza spełniam następujące kryteria/warunki (należy zaznaczyć dane pole):

- zamieszkuje w powiecie dębickim (w myśl przepisów Kodeksu Cywilnego),
- posiadam następujący status na rynku pracy:
 - osoba pozostająca bez pracy
 - osoba wyrażająca gotowość do podjęcia pracy
 - osoba aktywna w poszukiwaniu zatrudnienia
- jestem w wieku 18-64 lat - **w celu weryfikacji niniejszego kryterium, należy załączyć kserokopie dowodu osobistego - dokument musi być podbity za zgodność z oryginałem (w przypadku braku dowodu osobistego, dowodem potwierdzającym posiadany wiek, będzie niniejsze oświadczenie)**
- jestem osobą z niepełnosprawnościami:

stopień: - znaczny

- umiarkowany - jeżeli zaznaczono, wówczas należy podać rodzaj:

- autyzm

- upośledzenie umysłowe

- choroba psychiczna

- inny: _____

w celu weryfikacji niniejszego kryterium, należy załączyć kserokopię orzeczenia o posiadanym stopniu niepełnosprawności (dokument musi być podbity za zgodność z oryginałem).

W celu weryfikacji uzyskania dodatkowych punktów za korzystanie z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (w trakcie oceny merytorycznej), należy zaznaczyć, dane pole:

- nie korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa

- korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa

Uprowadzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis kandydata/ki - w przypadku, gdy kandydat/ka z powodu posiadanej dysfunkcji nie jest w stanie złożyć podpis osobiście/samodzielnie, wówczas czytelny podpis składa/ją opiekun/owie prawny/ni/ustawowy/wi)