

*Dotyczy Projektu nr* **POWR.02.08.00-00-0071/20** *pn.* ***Centrum Usług Społecznych w Gminie Stawiski*** *w ramach umowy nr* *POWR.02.08.00-00-0071/20-00 z dnia 7 grudnia 2020 roku*

**OŚWIADCZENIE O KWALIFIKOWALNOŚCI**

**UCZESTNIKA PROJEKTU**

**Dane osobowe:**

**Imię i Nazwisko**:………………………………………………………………….

**PESEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Data rozpoczęcia udziału w projekcie …………………………

**Płeć:**

□ Kobieta

□ Mężczyzna

Oświadczam, że:

1. zostałem/am/ poinformowany/a/, że udział w projekcie jest bezpłatny i  niezależny od mojego wieku, wykształcenia, statusu na runku pracy, sytuacji materialno – bytowej i zdrowotnej;
2. jestem mieszkańcem Gminy Stawiski;
3. powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.

………………………………..

 (data i czytelny podpis uczestnika projektu)