

Projekt pt. „MOŻLIWOŚCI BEZ GRANIC” (RPWP. 07.01.02-30-0103/16-00) współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014 – 2020.

....., dnia
(Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki Projektu) (miejscowość) (data)

.....
.....
(adres korespondencyjny)

OŚWIADCZENIE

Ja oświadczam, iż udział
(imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki Projektu)

w projekcie pt. „MOŻLIWOŚCI BEZ GRANIC” współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (RPWP.07.01.02.30–0103/16 Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2014 – 2020) spowodowany jest z tytułu ubóstwa tudzież doświadczenia wielokrotnego wykluczenia społecznego wynikający z:

(proszę zaznaczyć znakiem X, możliwość zaznaczenia kilku odpowiedzi):

- ☐ Niepełnosprawności
- ☐ Długotrwałej lub ciężkiej choroby
- ☐ Bezdomności
- ☐ Bezrobocia
- ☐ Przemocy
- ☐ Wielodzietności lub samotnego rodzicielstwa
- ☐ Bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego
- ☐ Opuszczenia zakładu karnego
- ☐ Uzależnienia

Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadomy/świadoma* odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia (art. 233§1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań).

.....
(Podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu)

* niepotrzebne skreślić

Kontakt:

Biuro projektu – Stowarzyszenie PSYCHE SOMA POLIS
ul. Wierzbicice 18/5, 61-568 Poznań

tel.: 61 820 27 46, 502 99 44 97
e-mail: info@psychesomapolis.org