

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 O ZATRUDNIENIU

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

zatrudniona/zatrudniony* w
(nazwa zakładu pracy)

z siedzibą w
(adres zakładu pracy)

na stanowisku
(nazwa stanowiska)

od do

Obecnie nie korzystam/korzystam* z urlopu

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)

*niewłaściwe 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