

Projekt nr FESW.09.04-IZ.00-0003/23pn. „Centrum Usług Społecznych w Połańcu” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027.

Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa projekcie pn. „Centrum Usług Społecznych w Połańcu”

## OŚWIADCZENIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO OSOBY NIESAMODZIELNEJ

INFORMACJE WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU	
Data przyjęcia formularza zgłoszeniowego, do którego uzupełnia się informację	
Numer Identyfikacyjny Kandydata	
Podpis osoby przyjmującej formularz	

I.	Dane personalne OPIEKUNA																					
1.	Imię																					
2.	Nazwisko																					
3.	PESEL	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Brak PESEL																				
4.	Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby niesamodzielnej																					
5.	Forma wsparcia udzielanego osobie niesamodzielnej																					
II.	Dane personalne OSOBY NIESAMODZIELNEJ																					
1.	Imię																					
2.	Nazwisko																					
3.	Adres																					
4.	Stopień niepełnosprawności																					

**Ja niżej podpisany/-a, oświadczam, że:**

- a) Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie informacji niezgodnych z prawdą wynikającej z art.art. 233 § 1 oraz art. 297 Kodeksu karnego i przyjmuje do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje.
- b) Dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym do Projektu pn. „Centrum Usług Społecznych w Połańcu”, w tym wszystkie oświadczenia są zgodne z prawdą.
- c) Zapoznałem/-am się z zasadami udziału zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Centrum Usług Społecznych w Połańcu”, akceptuję jego postanowienia, spełniam kryteria uczestnictwa określone w regulaminie i w przypadku zakwalifikowania się do projektu zobowiązuję się do jego bezwzględnego przestrzegania.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(Czytelny podpis)