



Projekt „ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM ROZWOJU Aktywizacji Zawodowej osób powyżej 29 roku życia pozostających bez zatrudnienia” realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020, w ramach Poddziałania 10.02.01

Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA I OSOBY NAD KTÓRĄ SPRAWOWANA JEST OPIEKA

Oświadczenie opiekuna:

Ja, niżej podpisany/a

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

Zamieszkały/a

Adres zamieszkania: kod, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania

PESEL

Oświadczam, że od(proszę wskazać datę) sprawuję opiekę nad osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu¹ (proszę podać imię i nazwisko podopiecznego/ej).

Oświadczenie osoby, nad którą sprawowana jest opieka:

Ja, niżej podpisany/a

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

Zamieszkały/a

Adres zamieszkania: kod, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania

Oświadczam, że jestem osobą, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagam opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, a opiekę nad mną sprawuje(proszę podać imię i nazwisko opiekuna).

Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
PODPIS OPIEKUNA

.....
PODPIS OSOBY NAD KTÓRĄ
SPRAWOWANA JEST OPIEKA

¹ Osoba wymagająca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu to osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.