



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 6a do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie*

## **OŚWIADCZENIE O UTRACIE ZATRUDNIENIA W SKUTEK PANDEMII COVID-19**

Ja, niżej podpisany/a .....  
*Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie*

Zamieszkały/a .....  
*Adres zamieszkania: kod, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania*

PESEL .....

Oświadczam, iż w skutek pandemii covid-19 zamknąłem/ęłam prowadzoną działalność gospodarczą.

.....  
**MIEJSCOWOŚĆ I DATA**

.....  
**PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**