

Załącznik nr 4
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa
w projekcie

OŚWIADCZENIE KANDYDATA O BRAKU PRZECIWKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisany(a),

.....
(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

zamieszkały(a)

.....
(adres zamieszkania: kod miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania)

W związku z ubieganiem się o udział w projekcie pn. **Wsparcie szkół i placówek prowadzących kształcenie zawodowe na rzecz rozwoju gospodarczego na obszarze Kontraktu Samorządowego „Pyrzyce+” nr umowy RPZP.08.09.00-32-K004/16-00**, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, w ramach Działania RPZP.08.09.00 Wsparcie szkół i placówek prowadzących kształcenie zawodowe oraz uczniów uczestniczących w kształceniu zawodowym i osób dorosłych uczestniczących w pozaszkolnych formach kształcenia zawodowego w ramach Kontraktów Samorządowych, świadoma(y) odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych oświadczam, że:

- mój stan zdrowia pozwala mi na uczestnictwo we wsparciu oferowanym w ramach realizacji projektu tj. uczestnictwo w kursach zawodowych, uczestnictwo w praktykach/ stażach zawodowych, zajęciach specjalistycznych.

Niniejsze oświadczenie składam pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego – „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis kandydata)

.....
(czytelny podpis opiekuna prawnego)*

*wymagany w przypadku, gdy kandydat jest osobą niepełnoletnią.