

Projekt pn.: „Powiat Sokólski wspiera aktywną integrację” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Załącznik 2 do Regulaminu

OŚWIADCZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
uczestnika projektu: „Powiat Sokólski wspiera aktywną integrację”

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Oświadczam, że **jestem / nie jestem**¹ osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2020r poz.426 z późn. zm.) na podstawie orzeczenia lekarskiego nr ważne do 20..... r. / bezterminowo.

Rodzaj i stopień niepełnosprawności:

Stopień niepełnosprawności:

- ☐ lekki
☐ umiarkowany
☐ znaczny

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)

¹ Niewłaściwe skreślić