



Projekt „Nowa Kariera – Nowa Ja”

realizowany w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)

OŚWIADCZENIE
o stopniu pokrewieństwa z osobą zależną
wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Ja, niżej podpisana
zgłaszająca się do projektu „**Nowa Kariera – Nowa Ja**” nr **FESW.10.05-IP.01-0023/24**,
oświadczam, że jako (*stopień pokrewieństwa*)
sprawuję opiekę nad osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu:
..... (*imię i nazwisko osoby wymagającej*
wsparcia).

Do oświadczenia załączam kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub dokument
poświadczający stan zdrowia osoby, nad którą sprawuję opiekę.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis