



Projekt „Świętokrzyski Akcelerator Startu Zawodowego IV Edycja”
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 „**Świętokrzyski Akcelerator Startu Zawodowego IV Edycja**” nr
FESW.10.05-IP.01-0004/24, 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