

Zadanie publiczne finansowane ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego

Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

**OŚWIADCZENIE
DLA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ
o spełnieniu kryteriów grupy docelowej**

Ja, niżej podpisany/a, świadomy/a odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, że spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie „Projekt Kariera – szkolenia zawodowe dla osób z niepełnosprawnościami”, to jest:

- a. Jestem mieszkanką/mieszkańcem województwa mazowieckiego,
- b. Mam 18 lat lub więcej, jestem w wieku aktywności zawodowej, przed osiągnięciem wieku emerytalnego,
- c. Posiadam aktualne orzeczenie Zespołu ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności lub równoważne,
- d. Jestem bezrobotna/y, nieaktywna/y zawodowo (bierna/y zawodowo) lub poszukuję pracy; jestem gotowa/y do wejścia na rynek pracy lub do przekwalifikowania zawodowego, a jednocześnie zmotywowana/y do podnoszenia kwalifikacji lub nabywania nowych w drodze zmiany zawodu.

(miejsowość, data)

.....
podpis Kandydata/Kandydatki