



Załącznik nr 4 do Formularza rekrutacyjnego

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y,

.....

(imię i nazwisko)

Zamieszkała/y,

.....

(adres zamieszkania)

Nr PESEL:

.....

świadoma/my odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że:

jestem osobą niepełnosprawną w stopniu znacznym/ umiarkowanym u której stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe, autyzm/.*

.....

(miejsowość i data)

.....

(czytelny podpis kandydata do projektu)

**niepotrzebne skreślić*

Projekt pt: "Ośrodek Naturoterapii DOM ZDROWIA"

Realizator: Towarzystwo Przeciwdziałania Uzależnieniom "Trzeźwa Gmina" w Chmielniku

36-016 Chmielnik 146