

Załącznik nr 3c do formularza

***Projekt: Spełnimy Twoje zawodowe marzenia 2***

…………………………………………………………………..

imię i nazwisko (czytelnie)

**Oświadczenie**

**o sprawowaniu opieki nad inną osobą bliską z niepełnosprawnością**

Oświadczam, że sprawuję opiekę nad inną osobą bliską z niepełnosprawnością.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

………………………………….. …………………………………………………

data podpis kandydata

Załącznik:

1. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności innej osoby bliskiej potwierdzona za zgodność z oryginałem