



Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji

OŚWIADCZENIE OSOBY BEZROBOTNEJ O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a

.....
(imię i nazwisko)

PESEL

oświadczam, że na dzień składania Formularza rekrutacyjnego do projektu „**Świętokrzyska Akademia Przedsiębiorczości**” **spełniam warunki uczestnictwa w projekcie tj.:**

- jestem osobą fizyczną w wieku powyżej 29 roku życia - na dzień składania formularza rekrutacyjnego mam ukończony 30 rok życia
- zamieszkuję obszar województwa świętokrzyskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego
- nie byłem(am) zarejestrowany(a) w Ewidencji Działalności Gospodarczej, Krajowym Rejestrze Sądowym, Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej oraz nie prowadziłem(am) działalności na podstawie odrębnych przepisów w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień złożenia formularza rekrutacyjnego.
- **jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy, o ustalonym pierwszym lub drugim profilu pomocy, znajdującą się w szczególnej sytuacji na rynku pracy (zaznaczyć właściwe) tj.:**
 - kobieta,
 - osoba z niepełnosprawnościami¹
 - osoba długotrwale bezrobotna.

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) – „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe.

.....
data i czytelny podpis uczestnika

¹ Zaznaczenie tego punktu zobowiązuje Kandydata do załączenia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem)

Realizator projektu:

Biuro projektu:



AMD Group
ul. IX Wieków Kielc 8/6, 25-516 Kielce
kom.: 882 063 033 lub 882 117 695, e-mail: biuro.kielce@amd-group.pl
<http://www.amd-group.pl>