



Załącznik nr 2 do Regulaminu

**OŚWIADCZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI
PROJEKTU**

„ZMIENIAM SIEBIE – DBAM O RODZINĘ. EDYCJA II”

Imię i nazwisko:

Dokładny adres zamieszkania:

Oświadczam, że **jestem/nie jestem**¹ osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych na podstawie orzeczenia lekarskiego nr

Rodzaj i stopień niepełnosprawności:

.....
.....
.....
.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis)

¹ Niewłaściwe skreślić