



Załącznik nr 2 do Formularza zgłoszeniowego

OŚWIADCZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
w ramach projektu
„Akademia Rozwoju Kadr Pomocy Społecznej – makroregion VI”

Ja, niżej podpisany/a _____
(imię i nazwisko)

w związku z przystąpieniem do projektu „Akademia Rozwoju Kadr Pomocy Społecznej – makroregion VI”
oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością:

(rodzaj, stopień)

zgodnie z orzeczeniem wydanym przez:

(nazwa instytucji, adres)

z dnia:

(dzień, miesiąc, rok)

data

miejsowość

czytelny podpis Kandydata/Kandydatki