

Olsztyn, dnia .....r.

.....  
/imię i nazwisko/

.....  
.....  
/adres zamieszkania/

**OŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE KWALIFIKOWALNOŚĆ UCZESTNIKA PROJEKTU  
„Akademia kierowcy zawodowego – rozwój kwalifikacji i kompetencji zawodowych dla branży transportowej”**

Proszę o określenie informacji dotyczących Pana/i sytuacji w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie:

	TAK	NIE
Jestem osobą zamieszkującą na terenie województwa warmińsko-mazurskiego	<b>Adres zamieszkania</b> ..... ..... .....	
Jestem osobą pracującą na terenie województwa warmińsko-mazurskiego	<b>Adres miejsca pracy</b> ..... ..... .....	
Jestem osobą uczącą się na terenie województwa warmińsko-mazurskiego	<b>Adres szkoły/uczelni:</b> ..... .....	
Jestem osobą dorosłą (pow. 18 r.ż.)		
Jestem osobą z orzeczeniem o niepełnosprawności		
Jestem osobą, nieprowadzącą działalności gospodarczej		

1. Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.
2. Zobowiązuję się do udzielenia danych osobowych (do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie) potrzebnych do monitorowania wskaźników kluczowych oraz przeprowadzenia ewaluacji.
3. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis uczestnika projektu



Zdrowe życie, czysty zysk

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny

