

Olsztyn, dniar.

.....
/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 | Adres zamieszkania | |
| Jestem osobą pracującą na terenie województwa warmińsko-mazurskiego | Adres miejsca pracy | |
| Jestem osobą uczącą się na terenie województwa warmińsko-mazurskiego | Adres szkoły/uczelni: | |
| 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

