

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ  
W RAMACH PROJEKTU**

**„Czas na nowe kwalifikacje!”**

**RPLU.09.01.00-06-0028/15**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że poniższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym:

Zamieszkuje (w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego) na terenie woj. lubelskiego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą w wieku 30 lat i więcej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą, która należy do jednej z poniższych kategorii:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>osoba bierna zawodowo;</li> </ul>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<ul style="list-style-type: none"> <li>rolnik lub członek rodziny rolnika, prowadzący indywidualne gospodarstwo rolne do wielkości 2 ha przeliczeniowych, zamierzający odejść z rolnictwa, zarejestrowany w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna (należy dołączyć urzędowe zaświadczenie o pozostawaniu w rejestrze osób bezrobotnych oraz oświadczenie o zamiarze odejścia z rolnictwa i posiadaniu gospodarstwa rolnego poniżej 2 ha przeliczeniowych);</li> </ul>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<ul style="list-style-type: none"> <li>osoba bezrobotna (zarejestrowana lub niezarejestrowana w urzędzie pracy - w przypadku osób zarejestrowanych w urzędzie pracy należy dołączyć urzędowe zaświadczenie o pozostawaniu w rejestrze osób bezrobotnych);</li> </ul>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<ul style="list-style-type: none"> <li>osoba długotrwale bezrobotna;</li> </ul>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Profil osoby bezrobotnej ustalony wobec mnie w PUP/MUP to: (dotyczy osób zarejestrowanych w urzędzie pracy)	
	<input type="checkbox"/> I PROFIL <input type="checkbox"/> II PROFIL



Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności  
(należy dołączyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności albo inny dokument poświadczający stan zdrowia potwierdzający przynależność do grupy osób niepełnosprawnych lub oświadczenie o przyznanej stopniu niepełnosprawności)

- TAK
- NIE

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Kandydata/ki