



Załącznik nr 3 do Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7 / osobą zależną dla Uczestników/czek Projektu „Siła młodości” nr FEDS.07.05-IP.02-0147/24

OŚWIADCZENIE OSOBY SPRAWUJĄCEJ OPIEKĘ NAD OSOBĄ ZALEŻNĄ

w ramach Projektu „Siła młodości” nr FEDS.07.05-IP.02-0147/24

Imię i nazwisko Uczestnika/czki Projektu:	
Adres zamieszkania:	
Forma wsparcia¹:	
Okres / termin zajęć:	

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko opiekuna osoby zależnej)

oświadczam, że w czasie uczestnictwa
(imię i nazwisko Uczestnika/czki Projektu)

w wyżej wymienionej formie wsparcia

w ramach projektu „Siła młodości” nr FEDS.07.05-IP.02-0147/24

sprawowałem/am opiekę nad osobą zależną:

.....
(imię, nazwisko i data urodzenia osoby zależnej)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7 / osobą zależną dla Uczestników/czek Projektu „Siła młodości” nr FEDS.07.05-IP.02-0147/24.

¹ Identyfikacja potrzeb i opracowanie Indywidualnego Planu Działania, Treningi kompetencji społecznych, Szkolenia podnoszące kompetencje cyfrowe, Indywidualne poradnictwo psychologiczne, Indywidualne poradnictwo prawne, Indywidualne poradnictwo zawodowe w formie jobcoachingu, Szkolenia zawodowe, Staż, Indywidualne pośrednictwo pracy



Fundusze Europejskie
dla Dolnego Śląska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



**DOLNY
ŚLĄSK**

Do każdej z form wsparcia w danym miesiącu konieczne jest złożenie osobnego Oświadczenia.

.....

data i podpis opiekuna osoby zależnej