



O Ś W I A D C Z E N I E

Ja, niżej podpisany/a

zam. w

oświadczam , że jestem uczestnikiem projektu „**Podnoszenie kwalifikacji językowych i ICT mieszkańców małych miejscowości podregionu sosnowieckiego i częstochowskiego**”w realizowanym przez Centrum Nauczania Języków Obcych NORTON I Piotr Robert Szmigiel, 31-215 Kraków, ul. Żabiniec 68, w ramach Działania 9.6 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, i wnioskuję o przyznanie mi zwrotu kosztu opieki nad **osobą zależną** :

1
(Imię nazwisko osoby zależnej) (data urodzenia) (stopień pokrewieństwa)

na czas mojego uczestnictwa w szkoleniu **językowym, komputerowym** * w ramach w/w Projektu z uwagi na fakt , iż osoba ta ze względu na :

- **stan zdrowia*/ wiek*/** , wymaga stałej opieki .
(inne przyczyny)

Jednocześnie **oświadczam** , że z wyżej wymienionym łączą mnie :

więzy rodzinne*,

powinowactwo*,

pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym*,

jak również , że zachodzi niezbędność ponoszenia kosztów związanych z wynajęciem osoby do sprawowania opieki nad wyżej wymienionym na czas mojego uczestnictwa w zajęciach.

Miesięczny dochód netto na jednego członka mojej rodziny wynosi PLN na osobę .
Słownie

W przypadku przyznania mi dofinansowania, proszę o dokonanie przelewu na konto:

Właściciel konta

Adres właściciela konta

Nazwa Banku

Nr konta

Przesłanie informacji o przyznaniu dofinansowania na adres e mail: (proszę wpisać czytelnie)

Mój telefon kontaktowy :

....., dnia.....

.....
Podpis

* **NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ !!!**