Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**OŚWIADCZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

**„Krobskie Centrum Usług Społecznych”**

Ja, niżej podpisana/y,

…………………………………………………………………………………………………..............................................................

(Imię i nazwisko składającego oświadczenie)

zamieszkała/y……………………………………………………………………………………………………………………………………….

.…………………………………………………………………………………………………………....................................................

(adres zamieszkania: miejscowość, numer domu/mieszkania, kod pocztowy)

Oświadczam, że **jestem/nie jestem[[1]](#footnote-1)** osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2020, poz. 426 z późn. zm.) i /lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 2020 poz. 685), na podstawie orzeczenia lekarskiego nr ....................................................................................................

**Rodzaj i stopień niepełnosprawności:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……….…………………………………………… ………………….……………..…………………………………..

(miejscowość, data) (czytelny podpis Uczestnika projektu)

1. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)