…………………………………………………..

Imię i Nazwisko/ Nazwa Wnioskodawcy

………………………………………………

Adres

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że w ramach operacji gwarantuje zatrudnienie osób z grup defaworyzowanej / nie gwarantuje zatrudnienia osób z grup defaworyzowanych\*

Jeśli Wnioskodawca gwarantuje zatrudnienie osób z grupy defaworyzowanej proszę o ich wskazanie:

□ kobieta

□ osoba w wieku do 25 lat

□ osoba powyżej 50 lat

□ osoba długotrwale bezrobotna

□ osoby niepełnosprawne

…………………………. ………………………………….

Miejscowość, data Podpis Wnioskodawcy

\*Niepotrzebne skreślić