*Załącznik nr 3 do Ogłoszenia o naborze wniosków nr 5/2017*

**Oświadczenie o wsparciu osób z grup defaworyzowanych**

Ja niżej podpisany/a

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

*Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy*

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

*Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy*

reprezentujący ……………………….………………………………………………………….

*Nazwa wnioskodawcy*

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

*NIP, REGON*

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności za składanie fałszywych zeznań

**oświadczam, iż**

operacja pt. *„………………………………………………………………………………………...”* przewiduje wsparcie osób z grup defaworyzowanych zdefiniowanych w LSR[[1]](#footnote-1) w ilości:

do 10 osób;

od 11 do 20 osób;

powyżej 20 osób.

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

(Miejscowość, data) (Czytelny podpis osoby/osób

upoważnionych do reprezentowania

wnioskodawcy)

1. Grupy defaworyzowane: osoby długotrwale bezrobotne, osoby niepełnosprawne, osoby do 25 roku życia, osoby powyżej 50 roku życia oraz osoby o niskich kwalifikacjach zawodowych. [↑](#footnote-ref-1)