

**OŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE SPEŁNIENIE KRYTERIÓW
GRUPY DOCELOWEJ
(OŚWIADCZENIE O KWALIFIKOWALNOŚCI KANDYDATA/KI)**

<p>Posiadam miejsce zamieszkania na terenie województwa pomorskiego w powiatach: m. Gdańsk, m. Gdynia, m. Sopot, gdańskim, tczewskim, starogardzkim, kościerskim, kartuskim, puckim lub wejherowskim</p> <p>Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks Cywilny (Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93), „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>Jestem osobą pozostającą bez zatrudnienia, która utraciła pracę z przyczyn nie dotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu lub przewidzianą do zwolnienia</p> <p>DATA ZWOLNIENIA: (dd/mm/rrrr)</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis)