**OŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE SPEŁNIENIE KRYTERIÓW**

**GRUPY DOCELOWEJ**

**(OŚWIADCZENIE O KWALIFIKOWALNOŚCI KANDYDATA/KI)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Posiadam miejsce zamieszkania na terenie województwa pomorskiego w powiatach: m. Gdańsk, m. Gdynia, m. Sopot, gdańskim, tczewskim, starogardzkim, kościerskim, kartuskim, puckim lub wejherowskim**  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”. | **TAK  NIE** |
| **Jestem osobą pozostającą bez zatrudnienia, która utraciła pracę z przyczyn nie dotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia dniem przystąpienia do projektu** **lub przewidzianą do zwolnienia**  DATA ZWOLNIENIA: ………………………….……….. (dd/mm/rrrr) | **TAK  NIE** |

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………..  (miejscowość i data) | ………………………………………………………………  (podpis) |