



Załącznik nr 2 do umowy wsparcia

OŚWIADCZENIE

Uczestnika Projektu o statusie oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskaniu kwalifikacji lub nabyciu kompetencji 4 tygodnie po zakończeniu udziału w Projekcie

Ja, niżej
podpisany/a:

Zamieszkały/-a:

PESEL:

świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczenia niezgodnego z prawdą do projektu pt. „Wsparcie rozwojowe dla osób dorosłych z podregionu pilskiego - rozwojem na przyszłość” realizowanego w ramach w ramach programu Fundusze Europejskie dla Wielkopolski na lata 2021 – 2027, Priorytet FEWP.06 Fundusze europejskie dla Wielkopolan o silniejszym wymiarze społecznym (EFS+), Działanie FEWP.06.09 Wsparcie uczenia się przez całe życie, którego realizatorem jest Fundusz Rozwoju i Promocji Województwa Wielkopolskiego SA, ul. Piękna 58, 60-589 w Poznaniu, oświadczam, że w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie poniższy status dotyczący mojej osoby, to:

Osoba podjęła kształcenie lub szkolenie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba uzyskała kwalifikacje	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba nabyła kompetencje	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba kontynuuje kształcenie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba kontynuuje zatrudnienie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba podjęła pracę/rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba pracująca/prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem/wychowaniem dziecka	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/wychowaniem dziecka	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba poszukuje pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

Osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Sytuacja społeczne uległa poprawie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Inne (jeśli dotyczy proszę wpisać)		

Oświadczam prawdziwość powyższych danych w niniejszym formularzu zgłoszenia własnoręcznym podpisem:

Miejscowość, data	
Podpis czytelny Uczestnika Projektu	