**Załącznik nr 3 do Formularza rekrutacyjnego**

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH**

**DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE I DO PODJĘCIA ZATRUDNIENIA**

Ja, niżej podpisana/-y ................................................................................................................

*(Imię i nazwisko składającego oświadczenie)*

Zamieszkała/-y .........................................................................................................................................

*(Adres zamieszkania: kod, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)*

Nr PESEL: ...................................................................................................................................................

świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy,

1. **oświadczam, że** mój stan zdrowia pozwala mi na uczestnictwo w projekcie i proponowanych w ramach projektu formach wsparcia (indywidualne i grupowe poradnictwo zawodowe, szkolenia zawodowe, staż zawodowy, pośrednictwo pracy);
2. **oświadczam, że** jestem osobą zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia w co najmniej połowie wymiaru czasu pracy a mój stan zdrowia pozwala mi na podjęcie i wykonywanie pracy.

|  |  |
| --- | --- |
| ………..……………………… | ………..………………………..……………… |
| (Miejscowość, data) | (Podpis Kandydatki/Kandydata) |