

Miejscowość:, dnia r.

Wnioskodawca:

.....

.....

(Nazwa i adres Wnioskodawcy)

NIP:

REGON:

OŚWIADCZENIE

o liczbie uczestników będących osobami niepełnosprawnymi z terenu powiatu ostrzeszowskiego

Działając w imieniu i na rzecz Wnioskodawcy, oświadczam, że w zadaniu weźmie udział łącznie uczestników będących osobami niepełnosprawnymi, zamieszkujących na terenie powiatu ostrzeszowskiego, zgodnie z poniższym podziałem:

1. Miasto (mieszkańcy terenów miejskich powiatu): osób
2. Wieś (mieszkańcy terenów wiejskich powiatu): osób

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wsparciem zostaną objęte osoby z niepełnosprawnościami zamieszkujące teren **więcej niż jednej / teren jednej*** gminy Powiatu Ostrzeszowskiego.

.....
(podpis i pieczęć osób uprawnionych do reprezentacji)

* Niepotrzebne skreślić