

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej, Europejski Fundusz Społeczny, Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa RPKP.09.00.00 Solidarne Społeczeństwo, Działanie RPKP.09.03.00 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych

……………………………….

Imię i nazwisko

……………………………….

Adres

**Oświadczenie**

Oświadczam, że jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego

……………………………….

Data, podpis