**O Ś W I A D C Z E N I E**

(dotyczy projektów z obszaru C programu)

Nazwa projektu\*:

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

Nazwa oraz adres spółdzielni socjalnej osób prawnych:

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

Nazwa zakładu spółdzielni socjalnej osób prawnych (której utworzenia
dotyczy projekt), w którym adaptowane będą pomieszczenia do potrzeb
osób niepełnosprawnych i tworzone będą stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych oraz nazwa i adres projektodawcy prowadzącego obiekt:

......................................................................................................................

......................................................................................................................

......................................................................................................................

Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat):

......................................................................................................................

......................................................................................................................

......................................................................................................................

Oświadczamy, że powyższy projekt wykonywany będzie w zakładzie **spółdzielni socjalnej osób prawnych** utworzonej zgodnie z ustawą z dnia 27 kwietnia 2006 roku o spółdzielniach socjalnych (Dz. U. Nr 94, poz. 651, z późn. zm.) **przez**:

1. powiat\*\*,

1. gminę\*\*,
2. organizację pozarządową, działającą co najmniej 2 lata na rzecz osób niepełnosprawnych\*\*,

**z:**

a) innym powiatem\*\*,

1. inną gminą\*\*,

c) inną organizacją pozarządową, działającą co najmniej 2 lata na rzecz osób niepełnosprawnych\*\*;

............................................... ................................................................................

( data ) (podpisy osób upoważnionych do reprezentacji projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych)

\* - należy wypełnić dla każdego projektu oddzielnie

\*\* - niepotrzebne skreślić