**O Ś W I A D C Z E N I E**

(dotyczy projektów z obszaru D programu)

Nazwa projektu\*:

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

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

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

Nazwa placówki służącej rehabilitacji osób niepełnosprawnych, dla której planowana jest likwidacja barier transportowych oraz nazwa jednostki, która będzie dysponować pojazdem:

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

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

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

Dokładna lokalizacja placówki służącej rehabilitacji osób niepełnosprawnych (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat):

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

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

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

Nazwa podmiotu prowadzącego placówkę służącą rehabilitacji osób niepełnosprawnych, dla której planowana jest likwidacja barier transportowych:

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

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

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

Oświadczamy, że powyższy projekt wykonywany będzie w **placówce służącej rehabilitacji osób niepełnosprawnych** (któradziała co najmniej rok, licząc od daty złożenia wniosku), oraz w której udzielane jest wsparcie osobom niepełnosprawnym świadczone w sposób ciągły (tzn. co najmniej 5 dni w tygodniu, przez co najmniej   
10 miesięcy w roku), prowadzonej przez:

a) organizację pozarządową\*\*,

b) jednostkę samorządu terytorialnego (gminę, powiat)\*\*;

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

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

\* - należy wypełnić dla każdego projektu oddzielnie

\*\* - niepotrzebne skreślić