Załącznik nr 1f do

Regulaminu Rekrutacji i objęcia wsparciem

Podlaskiego Centrum Konsultacyjno-Diagnostycznego

w Białymstoku

……………….…………………….…… Miejscowość i data

………………………………………………………….

Imię i nazwisko

………………………………………………………………………

Adres

**Oświadczenie uczestnika projektu - dokumenty potwierdzające kryteria kwalifikowalności**

Oświadczam, że dysponuję następującymi dokumentami potwierdzającymi kwalifikowalność do projektu pn. „Podlaska Akademia Wspierania Rodziny i Pieczy Zastępczej”:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj dokumentu** | **Oznaczenie/numer dokumentu** | **Data sporządzenia/wydania dokumentu** | **Uwagi** |
| Dokument tożsamości |  |  |  |
| Orzeczenie o niepełnosprawności |  |  |  |
| Postanowienie sądu |  |  |  |
| Umowa z organizatorem pieczy zastępczej |  |  |  |
| Zaświadczenie potwierdzające status ucznia szkoły z terenu województwa podlaskiego |  |  |  |
| Dokument potwierdzający status osoby uciekającej do Polski z terenu Ukrainy w związku z atakiem Federacji rosyjskiej na Ukrainę |  |  |  |
| Inne dokumenty: |  |  |  |

……………………………………………………………

Podpis osoby składającej oświadczenie