

Miejscowość, data

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany(a).....

Zamieszkały(a)

.....
.....

(miejscowość, nr kod, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Niniejszym oświadczam, iż spełniam warunek zawarty w pkt 19 dokumentu „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów programu Aktywny Samorząd w 2024 roku”:

- 1) **każdy wnioskodawca może uzyskać pomoc ze środków PFRON łącznie maksymalnie w ramach 20 (dwudziestu) semestrów/półroczy różnych form kształcenia na poziomie wyższym – warunek ten dotyczy także wsparcia udzielonego w ramach programów PFRON:**
 - a) „STUDENT – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”
 - b) „STUDENT II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”
- 2) Prawdziwość oświadczenia potwierdzam własnoręcznym podpisem

.....

(podpis wnioskodawcy)