



## OŚWIADCZENIE O OSOBIE ZAGROŻONEJ UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM

Projekt „Synergia społeczna w Gminie Boguchwała”  
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez  
Gminę Boguchwała/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Boguchwałce,  
na podstawie Umowy nr RPPK.08.03.00-18-0087/19-00 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie  
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020  
Oś priorytetowa VIII Integracja społeczna  
8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych

Ja niżej podpisana/-y:

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: .....

**oświadczam, że** na dzień składania Formularza rekrutacyjnego do Projektu „Synergia społeczna w Gminie Boguchwała” **jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym** – zgodnie z definicją określoną w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Synergia społeczna w Gminie Boguchwała”.

.....  
miejscowość, data

.....  
CZYTELNY podpis Potencjalnego/ nej Uczestnika/ czki Projektu

BIURO PROJEKTU:

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej  
Plac Rynek 2, 36-040 Boguchwała

mops@boguchwała.pl | mopsboguchwała.naszops.pl



SYNERGIA SPOŁECZNA  
w Gminie Boguchwała