



OŚWIADCZENIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

Tytuł projektu:	Siła wsparcia - kompleksowe usługi społeczne
Numer projektu:	FELU.08.05-IZ.00-0025/25
Priorytet:	VIII Zwiększanie spójności społecznej programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027
Działanie:	8.5 Usługi społeczne (typ projektu 1 a)-d), 2)

.....
imię i nazwisko Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/a pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art.233 §1 KK za składanie fałszywych zeznań, niniejszym oświadczam, że jestem opiekunem faktycznym (nieformalnym):

.....
imię i nazwisko

będącej osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i biorącej udział w projekcie „Siła wsparcia - kompleksowe usługi społeczne” nr FELU.08.05-IZ.00-0025/25

Miejscowość, dnia

Czytelny podpis opiekuna