ZAŁĄCZNIK NR 3

**OŚWIADCZENIA OPIEKUNA FAKTYCZNEGO O CHĘCI PODJĘCIA AKTYWNEGO POSZUKIWANIA ZATRUDNIANIA**

|  |
| --- |
| Tytuł projektu: *„****Zwiększenie dostępności usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej osobom niesamodzielnym 60+ z powiatu płockiego i miasta Płock”***  Nr projektu: ***RPMA.09.02.01-14-8097/17***  Priorytet Inwestycyjny, w ramach którego jest realizowany projekt: ***IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem***  Działanie, w ramach którego jest realizowany projekt: ***9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej***  Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany projekt: ***9.2.1 Zwiększenie dostępności usług społecznych*** |

Ja niżej podpisany/a ………………………………………..

oświadczam, iż w związku z udzieleniem wsparcia w postaci świadczenia usług społecznych w ramach projektu pn. „Zwiększenie dostępności usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej osobom niesamodzielnym 60+ z powiatu płockiego i miasta Płock”

Panu/Pani ……………………… , którego/ której jestem opiekunem faktycznym, podejmę aktywne poszukiwania zatrudnienia.

………………………… ……………………………….

Data i miejscowość Czytelny podpis opiekuna faktycznego