



**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY  
O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DEFAWORYZOWANEJ**

Miejscowość ..... data .....

Nazwa/imię i nazwisko Wnioskodawcy .....

Oświadczam, że

**należę / w ramach realizowanej operacji zatrudnię osobę należącą** (właściwie podkreślić)  
do następującej grupy defaworyzowanej, wskazanej w LSR:

- Młodzież niepracująca w wieku do 29 roku życia (w szczególności absolwenci)
- Kobiety powyżej 50 roku życia
- Osoby bezrobotne zarejestrowane (w przypadku osób długotrwale bezrobotnych prosimy o przedłożenie zaświadczenia z PUP)
- Osoby niepełnosprawne (prosimy o przedłożenie dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność)

*Pieczęć<sup>1</sup> i podpis Wnioskodawcy*

---

<sup>1</sup> Pieczęć w przypadku Wnioskodawcy dysponującego pieczęcią