



Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i udziału
w Programie „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

OŚWIADCZENIE CZŁONKA KOMISJI REKRUTACYJNEJ

Imię (imiona) i nazwisko.....

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji oświadczam, że:

1. Nie ubiegam się o uczestnictwo w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek samorządu Terytorialnego – edycja 2024;
2. Nie pozostaję z żadnym z Kandydatów do Programu w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności.

....., dniar.
(miejscowość)

.....
(czytelny podpis)

W związku z zaistnieniem okoliczności o której mowa w pkt.¹ podlegam wyłączeniu z dalszych prac w Komisji Rekrutacyjnej.

....., dniar.
(miejscowość)

.....
(czytelny podpis)

¹ Wskazać właściwy punkt, jeżeli dotyczy.



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024