



Załącznik nr 2 do Regulaminu

OŚWIADCZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
„Placówka Wsparcia Dziennego dla dzieci i młodzieży z terenu gminy
Moszczenica”

Imię i nazwisko:

Dokładny adres zamieszkania:

Oświadczam, że **jestem/nie jestem**¹ osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 z późn. zm.) na podstawie orzeczenia lekarskiego nr

Rodzaj i stopień niepełnosprawności:

.....
.....
.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis osoby uprawnionej)

¹ Niewłaściwe skreślić