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………………………………………………………………………………………………………….

Uprzedzony/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.

………………………………………., dnia ………………………………..r.

(miejscowość)

…………………………………………………..

(czytelny podpis)

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

………………………………………., dnia …………………….………………..r.

(miejscowość)

…………………………………………………..

(czytelny podpis)

1  Wskazać właściwy punkt, jeżeli dotyczy.