**OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA OSTATECZNEGO  
o udziale w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON**

Ja, niżej podpisana/y

Imię i nazwisko:

Zamieszkała/y w

Adres:

Oświadczam, że w okresie realizacji projektu pn. „Od samodzielności do niezależności – prowadzenie szkoleń dla osób niewidomych i słabowidzących na terenie województw mazowieckiego, kujawsko-pomorskiego, warmińsko-mazurskiego oraz świętokrzyskiego”, tj. od 01.04.2017 do 31.03.2018 roku:

nie biorę udziału w innym projekcie współfinansowanym ze środków PFRON,

biorę udział w innym projekcie współfinansowanym ze środków PFRON.

Tytuł projektu:

Projekt jest realizowany przez:

Okres realizacji projektu:

Numer/Nazwa konkursu:

**Cel programowy:**

cel 1: wejście osób niepełnosprawnych na otwarty rynek pracy,

cel 2: zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych,

cel 3: wzrost aktywności osób niepełnosprawnych w różnych dziedzinach życia,

cel 4: zapewnienie osobom niepełnosprawnym dostępu do informacji i specjalistycznych usług,

cel 5: poprawa jakości funkcjonowania otoczenia osób niepełnosprawnych,

inny cel określony dla danego konkursu ………………………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis