**OŚWIADCZENIE**

Projekt **„Akcja: integracja” nr FEWM.09.03-IZ.00-0042/23**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Pesel / inny identyfikator:** |  |

**Oświadczam, że** wyrażam zgodę na odbywanie w ramach Projektu „Akcja: integracja” zajęć w dni wolne od pracy, tj. w sobotę i niedzielę, z wyłączeniem dni świątecznych.

|  |  |
| --- | --- |
| **Data, Miejscowość** | **Czytelny Podpis UP/ Rodzica UP/Opiekuna UP** |
|  |  |