**ZAŁĄCZNIK NR 6 DO SWZ**

Dotyczy: postępowaniana świadczenie usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w 2022 r.w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2022. Zadanie w ramach Funduszu Solidarnościowego

**Oświadczanie osoby, która będzie realizować usługę**

Oświadczam, że ja, niżej podpisana/y ……………………………………………………………………………

(imię i nazwisko)

a) posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystania z pełni praw publicznych;

b) nie byłam/byłem karana/y za umyślne przestępstwa ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis osobisty/podpis zaufany złożony zgodnie z pkt 4.3.2. SWZ przez osobę(osoby) uprawnioną(-e) |