# Załącznik nr 10 do SWZ

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy/ imię i nazwisko Wykonawcy (w przypadku osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej) |  |
| Adres Wykonawcy: kod, miejscowość, ulica, nr lokalu |  |
| Nr telefonu |  |
| E-mail |  |
| NIP/ PESEL (w przypadku osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej) |  |
| NIP |  |

**Oświadczenie o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na tle seksualnym**

**Zatrudnienie Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej. Zadanie w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022. Działanie w ramach Funduszu Solidarnościowego**

Ja, niżej podpisana/podpisany ………………………………………………………………………………… niniejszym oświadczam, że nie figuruję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na tle seksualnym.

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

Załącznik: Wydruk z [Rejestru Przestępstw Sprawców na tle seksualnym Ministerstwa Sprawiedliwości](https://rps.ms.gov.pl/pl-PL/Public#/home)