Załącznik nr 2

do programu „Wsparcie osób z niepełnosprawnościami na Mazowszu”

**Oświadczenie o miejscu zamieszkania
w miejscowości na terenie województwa mazowieckiego**

1. Dane osoby składającej oświadczenie

osoba z niepełnosprawnościami  opiekun

imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………

adres …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

powiat ……………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………..

gmina ………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………...

1. Dane osoby z niepełnosprawnościami, której dotyczy oświadczenie
[wypełnić tylko w przypadku osób, które nie składają oświadczenia samodzielnie]

imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

adres …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

powiat …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

gmina ………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………...

rodzaj oferty instytucji kultury np. zwiedzanie, spektakl, warsztaty ……………………………………………………..…………..

Oświadczam, że:

* jestem mieszkańcem województwa mazowieckiego w rozumieniu art. 25\* ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, a moim miejscem zamieszania jest adres wskazany powyżej,
* osoba wskazana w pkt 2 jestem mieszkańcem województwa mazowieckiego w rozumieniu art. 25\* ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, a jej miejscem zamieszania jest adres wskazany powyżej\*\*,
* posiadam umocowanie prawne do reprezentowania osoby wskazanej w pkt 2\*\*,
* dane zawarte powyżej są zgodne z prawdą oraz stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych oświadczeń.
* zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną o ochronie danych osobowych dostępną w kasie muzealnej/na stronie www.

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

*(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)*

Oświadczam, że dane zawarte powyżej wpisałem/am zgodnie z informacjami przekazanymi przez osobę składającą oświadczenie.\*\*\*

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

*(czytelny podpis pracownika instytucji kultury)*