



„Centrum Komunikacji dla Osób z Niepełnosprawnościami”

.....
miejscowość, data

.....
nazwa firmy

.....
NIP

OŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ

Oświadczenie jest niezbędne, aby potwierdzić, że spełniasz kryteria formalne projektu „Centrum Komunikacji dla Osób z Niepełnosprawnościami” (FERS.03.05-IP.06-0001/24).

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
PESEL	
Data urodzenia	

KRYTERIA FORMALNE – SZKOLENIE NA POZIOMIE PODSTAWOWYM (MODUŁ I)	
Mam co najmniej 3-letnią praktykę zawodową w pracy z osobami o złożonych potrzebach w komunikowaniu się	☐ tak ☐ nie dotyczy
Okres prowadzenia działalności	





„Centrum Komunikacji dla Osób z Niepełnosprawnościami”

KRYTERIA FORMALNE – SZKOLENIE NA POZIOMIE ŚREDNIO ZAAWANSOWANYM (MODUŁ II)	
Mam co najmniej 5-letnią praktykę zawodową w pracy z osobami o złożonych potrzebach w komunikowaniu się, w tym co najmniej 2-letnie doświadczenie w pracy z użytkownikami AAC	☐ tak ☐ nie dotyczy
Okres prowadzenia działalności	
KRYTERIA FORMALNE – SZKOLENIE NA POZIOMIE ZAAWANSOWANYM (MODUŁ III)	
Mam co najmniej 5-letnią praktykę zawodową w pracy z osobami o złożonych potrzebach w komunikowaniu się, w tym co najmniej 2-letnie doświadczenie w pracy z użytkownikami AAC	☐ tak ☐ nie dotyczy
Okres prowadzenia działalności	

Do oświadczenia dołączam wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

Wiem, że poniosę odpowiedzialność, jeśli złożę nieprawdziwe oświadczenie.

.....
data i podpis osoby składającej oświadczenie

