**Załącznik LGD nr 1P**

…………………………….

Miejscowość, data

*Załącznik potwierdzający spełnienie kryterium nr 4*

*Załącznik niewymagany dla operacji niespełniających kryterium nr 4*

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O WPŁYWIE OPERACJI NA ZASPOKOJENIE POTRZEB

OSÓB DEFAWORYZOWANYCH ZE WZGLĘDU NA DOSTĘP DO RYNKU PRACY

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o wsparcie

W związku z ubieganiem się o przyznanie pomocy na operacje w ramach poddziałania 19.2 „Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach strategii rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność” w **zakresie podejmowania działalności** gospodarczej objętego Programem Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014–2020:

1. Oświadczam, że operacja pt. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

 tytuł operacji zgodnie z wopp

wpłynie na zaspokojenie potrzeb osób defaworyzowanych ze względu na dostęp do rynku pracy z następujących grup (zaznaczyć „X” odpowiednią opcję, można zaznaczyć kilka opcji):

|  |  |
| --- | --- |
| osoby młode w wieku 20-34 lat |   |
|  |  |
| kobiety |   |
|  |  |
| osoby 50+ |   |
|  |  |
| osoby niepełnosprawne  |   |

poprzez (zaznaczyć „X” odpowiednią opcję):

zatrudnienie w oparciu o umowę o pracę osób z grup defaworyzowanych w następującym charakterze (wskazanie grupy defaworyzowanej zatrudnianej osoby, nazwa stanowiska oraz zakres podstawowych obowiązków)

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

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

samozatrudnienie w ramach podejmowanej działalności gospodarczej przez osobę należącą do grupy defaworyzowanej

………………………………..

Podpis Wnioskodawcy