**Kryterium społecznościowe (Załącznik nr 4)**

Imię i Nazwisko:/ FIRMA (jeśli dotyczy) ……………………………………………………..…

NIP:/jeśli dotyczy/: ………………………………………………………………

Adres…………………………………………………………….………………………………

telefon…………………….…………e-mail ………………………….

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU/NIESPEŁNIENIU**\*

**(**\*odpowiednie skreślić)

**KRYTERIUM: ASPEKTY SPOŁECZNE**

„Strefa B”, nr *WND-RPSL.09.01.05-24-046C/18*, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020,OŚ PRIORYTETOWA IX *Włączenie społeczne,* DZIAŁANIE 9.1 *Aktywna integracja,* PODDZIAŁANIE 9.1.5 *Programy aktywnej integracji osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym.*

Oświadczamy, że przy realizacji usługi **zostanie/ nie zostanie** (\*właściwe skreślić) zatrudniona minimum 1 osoba z niepełnosprawnościami.

Na potwierdzenie statusu niepełnosprawności należy przedłożyć stosowane i aktualne orzeczenie/zaświadczenie.

……………………………………

data

………………………………………

podpis Wykonawcy lub

osoby upoważnionej do występowania w imieniu Wykonawcy