

## OŚWIADCZENIE

**(dotyczy Wnioskodawców zatrudnionych)**

Ja niżej podpisany/a.....

zamieszkały/a.....

Oświadczam, że **posiadam/ nie posiadam\*** udział/u własny/ego w **zakresie kosztów czesnego** wynoszący:

a) 15% wartości czesnego- w przypadku zatrudnionych beneficjentów programu, którzy korzystają z pomocy w ramach jednej formy kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku),

b) 65% wartości czesnego- w przypadku zatrudnionych beneficjentów programu, którzy jednocześnie korzystają z pomocy w ramach więcej niż jedna forma kształcenia na poziomie wyższym(więcej niż jeden kierunek) - warunek dotyczy drugiej i kolejnych form kształcenia na poziomie wyższym (drugiego i kolejnych kierunków).

Ponadto jako **zatrudniony** Wnioskodawca niniejszym oświadczam, że środki finansowe na pokrycie **15% / 65%\*** wartości czesnego, stanowiące udział własny Wnioskodawcy, **nie pochodzą/ pochodzą\*** ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis Wnioskodawcy

\*niepotrzebne skreślić