

Ząbkowice Śl., dnia ...............................

............................................

Imię i nazwisko

…………………………………………

…………………………………………

adres zamieszkania

**POWIATOWY URZĄD PRACY**

**W ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH**

**UL. POWSTAŃCÓW WARSZAWY 7**

**57-200 ZĄBKOWICE Śl.**

**OŚWIADCZENIE**

Świadoma(y) odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 Kodeksu Karnego
„kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

Oświadczam, że nie otrzymuję dofinansowania kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6 lub niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7 od innego podmiotu niż Powiatowy Urząd Pracy w Ząbkowicach Śląskich.

W przypadku otrzymania dofinansowania kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6 lub niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7 przez inny podmiot zobowiązuję się poinformować tut. urząd w ciągu 7 dni od dnia otrzymania dofinansowania.

..................................................

Data i podpis