**Oświadczenie potwierdzające kwalifikowalność uczestnika**

# Ja, niżej podpisana/y

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

 imię i nazwisko

oświadczam, że w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie spełniam kryteria uprawniające do udziału w projekcie tzn. jestem osobą chorą na celiakię i/lub jestem na diecie bezglutenowej i/lub jestem Rodzicem lub opiekunem osoby chorej na celiakię i/lub jestem Rodzicem, opiekunem lub członkiem rodziny osoby na diecie bezglutenowej i/lub jestem członkiem Polskiego Stowarzyszenia Osób z Celiakią i na Diecie Bezglutenowej i mieszkańcem województwa lubelskiego.

 POUCZENIE

Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że dane przedstawione w formularzu rekrutacyjnym odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.

…..………………………………………….. .…………………………………

#  Miejscowość i data Podpis uczestnika/rodzica/opiekuna