



## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a

.....;  
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a

.....;  
(adres zamieszkania)

W związku z udziałem w projekcie „Family Constellation Program”, nr projektu POWR.05.03.00-00-0067/18, realizowanym przez Beneficjenta GRUPA PROFESJA Sp. z o.o., ul. Sieradzka 4c, 60 – 163 Poznań, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oświadczam, iż wykonując swoją pracę zawodową ..... posiadam:  
(prosimy wpisać liczbę lat doświadczenia zawodowego)

- doświadczenie zawodowe w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie
- doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi i osobami w wieku powyżej 65lat. \*

\*odpowiednie zaznaczyć