**Załącznik LGD nr 1R**

…………………………….

Miejscowość, data

*Załącznik potwierdzający spełnienie kryterium nr 7*

*Załącznik niewymagany dla operacji niespełniających kryterium nr 7*

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O WPŁYWIE OPERACJI NA ZASPOKOJENIE POTRZEB

OSÓB DEFAWORYZOWANYCH ZE WZGLĘDU NA DOSTĘP DO RYNKU PRACY

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko/nazwa podmiotu ubiegającego się o wsparcie

W związku z ubieganiem się o przyznanie pomocy na operacje w ramach poddziałania 19.2 „Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach strategii rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność” **w zakresie rozwijania działalności gospodarczej** objętego Programem Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014–2020:

Oświadczam, że operacja pt. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 tytuł operacji zgodnie z wopp

wpłynie na zaspokojenie potrzeb osób defaworyzowanych ze względu na dostęp do rynku pracy z następujących grup (zaznaczyć „X” odpowiednią opcję, można zaznaczyć kilka opcji):

|  |  |
| --- | --- |
| osoby młode w wieku 20-34 lat |   |
|  |  |
| kobiety |   |
|  |  |
| osoby 50+ |   |
|  |  |
| osoby niepełnosprawne |   |

poprzez zatrudnienie w oparciu o umowę o pracę osób z grup defaworyzowanych w następującym charakterze (wskazanie grupy defaworyzowanej zatrudnianej osoby, nazwa stanowiska oraz zakres podstawowych obowiązków):

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

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

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

………………………………..

Podpis Wnioskodawcy