|  |
| --- |
| **Numer naboru: 1/2020/P** |

**LGD Zielone Światło**

**ul. Piastów 10B**

**66-600 Krosno Odrzańskie**

**ZOBOWIĄZANIE WNIOSKODAWCY**

**DO ZATRUDNIENIA OSOBY PRZYNALEŻĄCEJ DO GRUPY DEFAWORYZOWANEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko wnioskodawcy** |  |
| **Adres wnioskodawcy:** |  |
| **Tytuł operacji:** |  |
|  **OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**W związku z realizacją ww. operacji oświadczam, iż zobowiązuje się do utworzenia w ramach operacji miejsc/a pracy na podstawie umowy o pracę w wymiarze ……….. etatu/ów w ujęciu średniorocznym na okres 2 lat licząc od dnia wypłaty płatności końcowej w ramach operacji, dla osób/osoby nalężącej/ych do grupy defaworyzowanej określonej w Lokalnej Strategii Rozwoju LGD Zielone Światło tj. kobiety lub osoby , która nie ukończyła 25 roku życia lub osoby , która ukończyła 50 rok życia.  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data w formacie dd-mm-rrrr | Czytelny podpis |
| - - rok |  |