Załącznik nr 5 do Ogłoszenia

|  |  |
| --- | --- |
| .................................................................................  *Imię i nazwisko:* |  |

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w pracach Komisji Konkursowej powoływanej przez Wójta Gminy Kłomnice ds. opiniowania ofert złożonych ofert w ramach otwartego konkursu ofert na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego w ramach Resortowego programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej pod nazwą: „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2024

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ................................................  *Miejscowość, data:* |  | ................................................  *Podpis* |