

Projekt „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”

Załącznik nr 3 do Regulaminu Projektu

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y:

oświadczam, że nie korzystam z tego samego typu wsparcia oferowanego w projekcie „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego” w innych projektach współfinansowanych z EFS w ramach RPO WŁ 2014-2020.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS KANDYDATKI/TA
(opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego)