

Załącznik nr 4 do Regulaminu

OŚWIADCZENIE DOT. WSPARCIA TOŻSAMEGO „Reintegracja osób zagrożonych marginalizacją społeczną w Gminie Czarna”

Imię i nazwisko:

Dokładny adres zamieszkania:

oświadczam, że

nie korzystam i nie będę korzystał/a z tego samego typu wsparcia w innych działaniach i Priorytetach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 w okresie udziału w projekcie pt.: „Reintegracja osób zagrożonych marginalizacją społeczną w Gminie Czarna” realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Czarnej.

.....
(miejscowość, data)

.....
Podpis