



OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WSPARCIA TOŻSAMEGO

Imię i nazwisko:

Dokładny adres zamieszkania

oświadczam, że

nie korzystam i nie będę korzystał/a z tego samego typu wsparcia w innych dziedzinach i Priorytetach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego na lata 2014-2020 w okresie udziału w projekcie pt.: „Usługi społeczne i zdrowotne w powiecie krotoszyńskim” realizowanego przez Powiat Krotoszyński – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krotoszynie.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis kandydata