

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 działaniach i Priorytetach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa mazowieckiego na lata 2014-2020 w okresie udziału w projekcie pt.: „Aktywacja społeczna rodzin posiadających dzieci niepełnosprawne na terenie powiatu wołomińskiego” realizowanego przez Malinowski&Partners Bogdan Malinowski

.....

(Miejscowość, data)

.....

Podpis