

Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji

**OŚWIADCZENIE DOT. WSPARCIA TOŻSAMEGO  
„Porzuć bóle i troski, Senior aktywny to senior ząbkowski”**

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.: „Porzuć bóle i troski, Senior aktywny to senior ząbkowski” realizowanego przez Miasto Ząbki/ Ośrodek Pomocy Społecznej w Ząbkach.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
Podpis