Załącznik nr 5

Do Regulaminu naboru i uczestnictwa
w projekcie pn. „Rozwój usług społecznych na terenie Miasta Makowa Mazowieckiego

**Oświadczenie dot. 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 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 w okresie udziału w projekcie pt.: „Rozwój usług społecznych na terenie Miasta Maków Mazowiecki:” realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Makowie Mazowieckim.

……………………………….. ……………………………….

(miejscowość, data) Podpis