**Załącznik nr 10 do Regulaminu przyznawania środków finansowych na założenie własnej działalności gospodarczej oraz wsparcia pomostowego**

**OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU**

**o niekorzystaniu równolegle z dwóch różnych źródeł na pokrycie tych samych wydatków kwalifikowanych ponoszonych w ramach wsparcia pomostowego, związanych z opłacaniem składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe,**

**Dotyczy osób z niepełnosprawnościami**

**Projekt:**

***„******Dolnośląska Klinika Przedsiębiorczości”***

**nr projektu** ***POWR.01.02.01-02-0021/20***

***Beneficjent Fundacja Imago***

***al. gen. Józefa Hallera 123***

***53-201 Wrocław***

**Oś Priorytetowa I Rynek pracy otwarty dla wszystkich**

**Działanie 1.2** **Wsparcie osób młodych na regionalnym rynku pracy**

**Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020**

Ja niżej podpisany/a......................................................................................................................

(imię i nazwisko)

zamieszkały/a................................................................................................................................

(adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym ......................................................................................

(seria i numer dowodu)

wydanym przez ...........................................................................................................................

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z art.233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 z późn. zm.)

**oświadczam,**

że nie korzystałem/am i nie będę korzystać równolegle z dwóch różnych źródeł na pokrycie tych samych wydatków kwalifikowalnych ponoszonych w ramach wsparcia pomostowego z projektu **"Dolnośląska Klinika Przedsiębiorczości"** związanych z opłacaniem składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe.

....................................... ......................................

(miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)