**Załącznik nr 14 do Regulaminu przyznawania środków finansowych na założenie własnej działalności gospodarczej oraz wsparcia pomostowego**

**Oświadczenie potwierdzające aktualność przedstawionych danych**

**dotyczących otrzymanej pomocy de minimis**

**w ramach Projektu „*****Dolnośląska Klinika Przedsiębiorczości*” realizowanego w ramach**

**Osi Priorytetowej I Rynek pracy otwarty dla wszystkich,**

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

**Poddziałanie 1.2.1 Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego**

**Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014 – 2020**

Imię i nazwisko ………………..

PESEL …………………………

Nazwa i adres przedsiębiorstwa ……………………………………

Świadoma/-y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że:

dane zawarte w Formularzu informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis, złożonym do Wniosku o przyznanie wsparcia pomostowego, nie uległy zmianie.

 ………………………………… ……………………………………….…

*Miejscowość, Data Podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu*