**Załącznik nr 4** do regulaminu naboru i uczestnictwa w projekcie

**OŚWIADCZENIE DOT. WSPARCIA TOŻSAMEGO**

w ramach projektu pn.: **„Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych na terenie gminy Radomyśl Wielki”**

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 Podkarpackiego na lata 2014-2020 w okresie udziału w projekcie pt.: **„Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych na terenie gminy Radomyśl Wielki”** realizowanego przez **Stowarzyszenie „Nasza Gmina” Dulcza Mała 40, 39-310 Radomyśl Wielki.**

……………………………………….……………… ……………………………………….………………

 (miejscowość, data) (podpis Uczestnika Projektu)