

Załącznik nr 5 do Regulaminu

**OŚWIADCZENIE DOT. WSPARCIA TOŻSAMEGO
„PRZYJDŹ, ZAPYTAJ – PROFILAKTYCZNY PROGRAM DLA RODZIN”**

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 Lubelskiego na lata 2014-2020 w okresie udziału w projekcie pt.: „**Przyjdź, Zapytaj – Profilaktyczny Program dla Rodzin**” realizowanego przez Gminę Bychawa / Ośrodek Pomocy Społecznej w Bychawie.

.....
(miejscowość, data)

.....
Podpis