**Załącznik nr 6 do Regulaminu**

**OŚWIADCZENIE DOT. WSPARCIA TOŻSAMEGO**

**„KLUB INTEGRACJI SPOŁECZNEJ W GMINIE SŁUPNO”**

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 Mazowieckiego na lata 2014-2020 w okresie udziału w projekcie pt.: „Klub Integracji Społecznej w Gminie Słupno” realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Słupnie.

 ……………………………………… ………………………………………..

 (miejscowość, data) Podpis