**OŚWIADCZENIE O NIEKORZYSTANIU Z TEGO SAMEGO TYPU WSPARCIA**

**W INNYCH PROJEKTACH W RAMACH EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO**

**na potrzeby projektu** **„Poprawa dostępności usług zdrowotnych szansą na sukces mieszkańców województwa świętokrzyskiego”**

**nr projektu RPSW.09.02.03-26-0017/19-00**

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

(imię i nazwisko)

Oświadczam, iż nie jestem objęty/a wsparciem tego samego typu w ramach innych projektów współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz nie będę starał/a się o przyznanie mi ww. wsparcia w czasie trwania mojego uczestnictwa w projekcie „Poprawa dostępności usług zdrowotnych szansą na sukces mieszkańców województwa świętokrzyskiego” nr projektu RPSW.09.02.03-26-0017/19-00

……………………………….. ……………..………………….

 Miejscowość i data Czytelny podpis UP