

**Załącznik nr 11** do Regulaminu przyznawania środków finansowych na założenie własnej działalności gospodarczej oraz wsparcia pomostowego.

**OŚWIADCZENIE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**

**O NIE KORZYSTANIU RÓWNOLEGLE Z DWÓCH RÓŻNYCH ŹRÓDEŁ**

**NA POKRYCIE TYCH SAMYCH WYDATKÓW KWALIFIKOWANYCH PONOSZONYCH**

**W RAMACH WSPARCIA POMOSTOWEGO, ZWIĄZANYCH Z OPŁACANIEM**

**SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE EMERYTALNE I RENTOWE**

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

*(imię i nazwisko Uczestnika projektu)*

zamieszkały/a ........................................................................................................................................................

*(adres zamieszkania, ulica, numer domu, numer lokalu, kod pocztowy, miejscowość)*

PESEL: …………………………………………………………

**OŚWIADCZAM,**

że nie korzystam równolegle z dwóch różnych źródeł na pokrycie tych samych wydatków kwalifikowanych ponoszonych w ramach wsparcia pomostowego, związanych z opłaceniem składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe.

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

(miejscowość, data) (podpis Uczestnika projektu)