



.....
Imię i nazwisko

Kielce, dnia

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień przystąpienia do projektu „Aktywna integracja, równe szanse, lepsza przyszłość” tj. nie korzystam z takich samych form wsparcia w ramach innych projektów współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....
Podpis



College Medyczny, ul. Wesola 19/3, 25-305 Kielce, Email: sekretariat@college-med.pl Telefon: 41-33-08-800