**Załącznik nr 7 do Regulaminu**

## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WSPARCIA TOŻSAMEGO

Imię i nazwisko: …………………….…..……………………………..……….…………….

Oświadczam, że nie korzystam i nie będę korzystał/a z tego samego typu wsparcia w innych działaniach i Priorytetach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 w okresie udziału w projekcie pn.: „Uwierz w siebie - kompleksowe usługi społeczne wsparcia rodziny na obszarze powiatu kościerskiego”  numer  RPPM.06.02.02-22-0054/17”*.*

 ……………………………………… ………………………………………..

 (miejscowość, data)