**Oświadczenie osoby niepełnosprawnej korzystającej
z podstawowego/przedłużonego wsparcia pomostowego**

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

 (imię i nazwisko)

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

 (adres zameldowania)

legitymujący/a się dowodem osobistym (seria i numer)……………………………………..

wydanym przez……………………………………………………………………………….

pouczony/a o odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych informacji,\*

oświadczam,

iż nie korzystam równolegle z innych źródeł, w tym z PEFRON, na pokrycie tych samych wydatków kwalifikowanych ponoszonych w ramach wsparcia pomostowego, związanych z opłacaniem składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe.

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

 miejscowość i data czytelny podpis Uczestnika projektu -Przedsiębiorcy

\* Poucza się, że osoba składająca oświadczenie winna podać wszystkie informacje zgodnie ze stanem faktycznym istniejącym w dniu jego składania. Podanie informacji niezgodnych z prawdą rodzić będzie
po stronie składającego nieprawdziwe informacje odpowiedzialność cywilną względem poszkodowanego.