Załącznik nr 3

Nazwa Wnioskodawcy:………………………………………..

NIP:……………………………………………………………….

Adres:……………………………………………………………..

**Oświadczenie o nieotrzymaniu innej pomocy w odniesieniu do tych samych kosztów**

Oświadczamy, iż nie korzystamy równolegle z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza z Funduszu Pracy, PFRON oraz środków oferowanych w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, na pokrycie tych samych wydatków związanych z założeniem i zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym powstałym w ramach Projektu oraz z zatrudnieniem w istniejącym przedsiębiorstwie społecznym (utworzonej poza projektem), na które udzielana jest pomoc de minimis.

Dane osoby upoważnionej do występowania w imieniu Wnioskodawcy(zgodnie z KRS):

Imię i nazwisko: ……………………………………………..

Miejscowość i data:………………………………………………………………….

Podpis: …………………………………………………………………