ZAŁĄCZNIK NR ………..

|  |
| --- |
|  |
| *(imię i nazwisko/ nazwa, adres wnioskodawcy)* |

**OŚWIADCZENIE O UDZIALE W DORADZTWIE LUB/I SZKOLENIU**

|  |  |
| --- | --- |
| Ja niżej podpisany/a legitymujący/a się dokumentem tożsamości |  |
| reprezentujący/a | *(seria i numer)* |
|  | |
| *(nazwa wnioskodawcy)* | |

oświadczam, że w przypadku przyznania pomocy na realizacje operacji

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| *(tytuł operacji)* | |
| złożonej w ramach konkursu |  |
|  | *(numer konkursu)* |

ogłoszonego przez Stowarzyszenie Lokalna Grupa Działania „Zaścianek Mazowsza” zobowiązuje się do udziału w doradztwie lub/i szkoleniu organizowanym przez LGD z zakresu rozliczania operacji.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(miejscowość i data)* |  | *(podpis wnioskodawcy)* |