Załącznik nr 11 do Regulaminu naboru do projektu

……………………………………………………………………………….

Nazwa Przedsiębiorcy

……………………………………………………………………………….

Adres Przedsiębiorcy

………………………………………………………………………………..

NIP, REGON

**OŚWIADCZENIE O BRAKU RÓWNOLEGŁEGO APLIKOWANIA DO INNYCH OPERATORÓW PSF** / **W INNYM PROJEKCIE PSF W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM**

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

reprezentujący podmiot ………………………………………………………………………….….. oświadczam, że w związku z ubieganiem się o dofinansowanie usługi /usług rozwojowej numer …………………………………………………………………………………………., dla pracownika/ pracowników ……………………………………………………………………………. w ramach projektu pn. ***„*Operator wsparcia finansowego MŚP w województwie śląskim”**, realizowanego przez Agencję Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A., nie aplikuję równolegle o dofinansowanie ww. usługi/ usług dla ww. pracownika/ pracowników u innego Operatora PSF / w innym projekcie PSF w województwie śląskim.

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

Miejscowość, data Data i podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Przedsiębiorcy

**UWAGA**

**Podpis musi pozwalać na jednoznaczną identyfikację osoby, która go złożyła, tj. zawierać możliwe do odczytania nazwisko osoby składającej podpis lub parafkę + pieczęć firmową z imieniem i nazwiskiem Przedsiębiorcy.**

**Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji (faksymile) w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego.**