……………………………………………………………………..

Imię i nazwisko

………………………………………….…………………………

……………………………………………………………………

adres

……………………………………………………………………

PESEL

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych wartość otrzymanej pomocy publicznej nie przekroczyła kwoty będącej równowartością 20 000 euro.

………………………..………………………………

(data i podpis)