Załącznik nr 4

**OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU/ NIE KORZYSTANIU Z PROGARMU OPERACYJNEGO POMOC ŻYWNOŚCIOWA**

na potrzeby rekrutacji do projektu: „Wsparcie opieki nad osobami niesamodzielnymi poprzez wykorzystanie nowoczesnych technologii w formie teleopieki na terenie Gminy Sokółka”

Ja, niżej podpisany(a) ………………………………………………………………..

(imię i nazwisko)

PESEL: ……………………………………………………………………………….

oświadczam, że korzystam/ nie korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa[[1]](#footnote-1)

……………………………….. ………………………………..

(miejscowość, data) czytelny podpis

1. Podkreślić poprawną opcję [↑](#footnote-ref-1)