Załącznik nr 11 do Regulaminu naboru do projektu

obowiązuje od 01.04.2019 r.

……………………………………………………………………………….

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. „Wsparcie rozwojowe MŚP w województwie śląskim” realizowanego przez Fundusz Górnośląski 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 firmowa 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.**