

Załącznik nr 11 do Regulaminu naboru do projektu

……………………………………………………………………………….

Nazwa Przedsiębiorcy

……………………………………………………………………………….

adres Przedsiębiorcy

………………………………………………………………………………..

NIP, REGON

**OŚWIADCZENIE O BRAKU RÓWNOLEGŁEGO APLIKOWANIA DO INNYCH OPERATORÓW 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 mikro, małych i średnich przedsiębiorstw z województwa śląskiego” realizowanego przez Regionalną Izbę Przemysłowo-Handlową w Gliwicach 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.**