

*Załącznik nr 6 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” –  
**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową***

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Seria i numer dowodu.....

Oświadczam, iż nie ubiegam się w roku 2015 odrębnym wnioskiem o dofinansowanie

.....

.....

(wpisać cel podany we wniosku) ze środków PFRON za pośrednictwem innego realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego) niż właściwego dla mojego miejsca zamieszkania zgodnie z KC art. 25 i 28.

Realizatorem właściwym dla osób, których miejscem zamieszkania jest Powiat Koniński jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Koninie al. 1-go Maja, 62-510 Konin.

.....

czytelny podpis