

**Załącznik nr 27 do *Regulaminu konkursu***: Oświadczenie o niezaleganiu z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami

Nazwa i adres Beneficjenta/Partnera\* (miejsce i data)

**Oświadczenie o niezaleganiu z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami**

W związku z przyznaniem........................................................*(nazwa Beneficjenta*) ………………………….…………………

dofinansowania ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego 2014-2020 na realizację  projektu …………………….………….. *(nazwa i nr projektu)*..................................................................................

*…………………………………….…………(nazwa Beneficjenta/Partnera\*)…………………………………………………*oświadcza, iż nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami.

……………………………………………………

(podpis i pieczęć)

*\*wskazać właściwe, w zależności czy oświadczenie składane jest przez Beneficjenta czy przez Partnera.*