

**Załącznik nr 26 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.