

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE KORZYSTANIA Z PROGRAMU OPERACYJNEGO POMOC ŻYWNOŚCIOWA

Ja, niżej podpisany/a,
(imię i nazwisko)

Zamieszkały/a,
(adres zamieszkania)

Nr PESEL:

świadomy/ma odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że:

Jestem osobą, korzystającą/nie korzystającą* z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis Kandydata)

*niepotrzebne skreślić