Załącznik nr 4

…………………………………………. …………………..……………

 Imię i Nazwisko (miejscowość i data)

………………………………………….

 PESEL

………………………………………….

 Adres

………………………………………….

 Telefon

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że:

mieszkam na terenach zagrożonych marginalizacją lub w miastach średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze województwa zachodniopomorskiego[[1]](#footnote-2) i opłacam i/lub będę opłacać tam podatki oraz jestem zameldowany/a i/lub zamieszkuję przynajmniej od 10 lat[[2]](#footnote-3) na ich terenie.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…………………………………………………

 (data, podpis)

1. Dla Powiatu Myśliborskiego: Gmina Boleszkowice i Gmina Nowogródek Pomorski. [↑](#footnote-ref-2)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)