Załącznik nr 4

**Oświadczenie**

Ja, niżej podpisany/a ……......................................................................................................

(*imię i nazwisko*),

zamieszkały/a …………………………………………………………………………………………………………………….…

PESEL: …………………………………………………………….

oświadczam, że:

* korzystam z programu Funduszy Europejskich Pomocy Żywnościowej
* nie korzystam z programu Funduszy Europejskich Pomocy Żywnościowej

**Powyższe oświadczenie składam świadomy(a), iż na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy grozi kara pozbawienia wolności.**

….......................... ….......................

(data) (podpis)