***Załącznik nr 2***

***do umowy***

Warszawa, dnia ........................

**Dane:**

IMIĘ I NAZWISKO

……………………………………

PESEL:

……………………………………

Adres zamieszkania:

…………………………………….

**OŚWIADCZENIE**

Potwierdzam brak zaangażowania zawodowego w realizację wszystkich projektów finansowanych z FAMI oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Beneficjenta i innych podmiotów, w wysokości wyższej niż 240 godzin miesięcznie (w tym zaangażowanie rozliczane w ramach kosztów pośrednich)

.............………..………………………………...

(Data i podpis)