Załącznik nr 5 do P.Z.1 Wymaganego dokumentu potwierdzającego spełnienie kryteriów wyboru operacji

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko /**  **nazwa wnioskodawcy:** |  |

**OŚWIADCZENIE O PLANOWANYM CZASIE REALIZACJI OPERACJI**

dot. przedsięwzięcia: 1.1.1, 1.2.1, 2.1.1, 3.1.1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tytuł / nazwa operacji:** |  | |
| **Oświadczam, że długość realizowania przeze mnie operacji, której tytuł/nazwa została wymieniona powyżej, licząc od dnia podpisania umowy o przyznaniu pomocy do dnia, w którym zostanie przeze mnie złożony wniosek o płatność ostateczną będzie obejmowała okres:** | | |
| * do 4 miesięcy * od 5 do 6 miesięcy * od 7 do 9 miesięcy * powyżej 9 miesięcy | | |
| **Data i podpis wnioskodawcy / osoby upoważnionej do jego reprezentowania:** | |  |