** STOWARZYSZENIE LOKALNA GRUPA DZIAŁANIA - „GNIAZDO”**

 96-100 Skierniewice

 Plac Św. Floriana 1

 tel./faks : 046/831 62 40

 adres e-mail:lgd@lgdgniazdo.pl

…………………………………………………….

Imię i nazwisko/Nazwa

…………………………………………………….

Adres zamieszkania/siedziby

…………………………………………………….

Pesel/NIP

…………………………………………………….

telefon, e-mail

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody**

**na zmniejszenie kwoty wsparcia\***

Wyrażam zgodę na zmniejszenie kwoty wsparcia dla wniosku

pt. ………………………………………………………………………………………………..

złożonego w ramach naboru nr. ……………………………………………………

do poziomu ustalonego przez Radę Decyzyjną LGD-„Gniazdo” powodującego, że dana operacja zmieści się w limicie środków wskazanych w ogłoszeniu.

Jednocześnie oświadczam, że mam możliwość realizacji operacji określonej we wniosku o przyznanie pomocy zachowując jednocześnie zakres i cel operacji przy zmniejszonej kwocie dofinansowania.

……………………………… …………………………………… (miejscowość, data) (czytelny podpis)

\*-załącznik nieobowiązkowy