……………….., dnia ………

*(miejscowość, data)*

**Departament Wdrażania**

**Europejskiego Funduszu Społecznego**

**OŚWIADCZENIE O BRAKU WYDATKÓW ZA DANY OKRES**

Ja, niżej podpisany/a *…………..…… (imię, nazwisko i funkcja),* działający/a   
w imieniu *Zarządu Województwa Świętokrzyskiego* pełniącego funkcję *Instytucji Zarządzającej* w ramach Funduszu *EFS,* oświadczam, iż w okresie od *……………..* do *……………(odpowiedni okres),* IZ DWEFS, nie dokonała poświadczenia wydatków poniesionych przez beneficjentów w ramach programu regionalnego *Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027.*

…………………………………..

*(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)*