Javni natječaj za financiranje programa/ projekta udruga iz zdravstva i socijalne skrbi s područja

Brodsko-posavske županije za 2019. godinu

**IZJAVA O NEPOSTOJANJU DVOSTRUKOG FINANCIRANJA**

kojom se izjavljuje da

**Prijavitelj programa/projekta:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(navesti naziv udruge, adresu i OIB udruge)

**Molimo podcrtati odgovarajuće stanje:**

1. **nije dobio**

financijska sredstva za prijavljeni program/projekt iz javnih izvora na natječajima/pozivima tijela državne uprave, Vladinih ureda i tijela, javnih institucija, jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave odnosno sredstva iz fondova EU-a i međunarodnih fondova u tekućoj kalendarskoj godini

**ili**

1. **da se natjecao**

za financijska sredstva za prijavljeni program/projekt, ali postupak ocjenjivanja programa ili projekta još je u tijeku.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(naziv tijela i naziv natječaja gdje je prijavljen program/projekt)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(iznos i postotak financiranja od drugog davatelja financijskih sredstava)

**Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću izjavljujemo da su svi podaci navedeni u Izjavi istiniti, točni i potpuni.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mjesto i datum:** |  | **MP** |  |
|  |  |  | **Ime i prezime te potpis osobe ovlaštene za zastupanje prijavitelja programa/projekta** |