Załącznik nr 4 do Procedury wyboru i oceny operacji

przyjętej jako Załącznik nr 2 do Uchwały nr VII/8/25 Zarządu Stowarzyszenia Lokalna Grupa Działania

PARTNERSTWO dla Doliny Baryczy z dnia 20.05.2025 r.

**OŚWIADCZENIE PRACOWNIKÓW BIURA LGD O BEZSTRONNOŚCI W OBSŁUDZE I WERYFIKACJI OPERACJI W RAMACH NABORU NR ……**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Oświadczam, że:   * będę wypełniać moje obowiązki dotyczące obsługi i weryfikacji niżej wymienionych operacji w sposób uczciwy, rzetelny i obiektywny, zgodnie z posiadaną wiedzą  i doświadczeniem. * nie świadczę odpłatnego doradztwa na rzecz podmiotów ubiegających się o wsparcie realizacji operacji w ramach LSR realizowanej przez Stowarzyszenia PARTNERSTWO dla Doliny Baryczy; * nie jestem członkiem Rady Stowarzyszenia PARTNERSTWO dla Doliny Baryczy; * nie pełnię funkcji w organach podmiotów ubiegających się o wsparcie na realizację operacji w ramach wdrażania LSR Stowarzyszenia PARTNERSTWO dla Doliny Baryczy; * nie ubiegam się o wsparcie na realizację operacji w ramach wdrażania LSR Stowarzyszenia PARTNERSTWO dla Doliny Baryczy; * pomiędzy mną a Wnioskodawcami nie zachodzi stosunek zależności służbowej ani powiązanie finansowe; * nie pozostaję z Wnioskodawcami w związku małżeńskim lub w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia; * nie jestem związany z Wnioskodawcami z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli; * nie jestem osobą fizyczną reprezentującą przedsiębiorstwo powiązane z przedsiębiorstwem reprezentowanym przez Wnioskodawcę.   Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy jako poufnych wszelkich informacji i dokumentów, do których uzyskuję dostęp, w tym w szczególności ujawnionych mi oraz wytworzonych lub przygotowanych przeze mnie w trakcie lub jako rezultat obsługi i weryfikacji niżej wymienionych operacji.  ……………………………………………….. ……………………………………………….. ………………………………………………..  data i podpis Pracownika Biura data i podpis Pracownika Biura data i podpis Pracownika Biura  OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE KONFLIKTU INTERESÓW w rozumieniu art. 61 ust. 3 rozporządzenia 2024/2509: | | | | | | |
| **Lp.** | **Znak sprawy LGD** | **Imię i nazwisko /**  **Nazwa Wnioskodawcy** | **Tytuł operacji** | **Oświadczam, że między mną a Wnioskodawcą NIE ZACHODZI konflikt interesów**  **Data i podpis**  **Pracownika Biura LGD** | **Oświadczam, że między mną a Wnioskodawcą ZACHODZI konflikt interesów**  **Data i podpis**  **Pracownika Biura LGD** | **Czy Pracownik Biura LGD obsługuje wniosek?**  **TAK / NIE** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |