

## 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 świadczyć odpłatnego doradztwa na rzecz podmiotów ubiegających się o wsparcie realizacji operacji w ramach LSR Stowarzyszenia Krajna Złotowska;
- \* nie jestem członkiem Rady Stowarzyszenia Krajna Złotowska;
- \* nie pełnię funkcji w organach podmiotów ubiegających się o wsparcie na realizację operacji w ramach wdrażania LSR Stowarzyszenia Krajna Złotowska;
- \* nie ubiegam się o wsparcie na realizację operacji w ramach wdrażania LSR Stowarzyszenia Krajna Złotowska.
- \* nie jestem powiązany/a z wnioskodawcą, w sposób o którym mowa w rozdziale IV.2 *Konflikt interesów* pkt 2 podpunkt 1 i 2 *wytucznych w zakresie zasad dokonywania wyboru operacji*:
- \* nie jestem wnioskodawcą, nie reprezentuję wnioskodawcy lub podmiotów z nim powiązanych;
- \* nie zachodzi pomiędzy mną a wnioskodawcą stosunek zależności służbowej lub powiązania finansowe;
- \* nie pozostaję w związku małżeńskim lub stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia;
- \* nie jestem związany/a z wnioskodawcą z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli;
- \* nie jestem osobą fizyczną reprezentującą przedsiębiorstwo powiązane z przedsiębiorstwem powiązanym przez wnioskodawcę
- \* Zobowiązuje się do zgłaszania konfliktu interesów i wyłączenia się z formalnej weryfikacji wniosków, oceny wniosków i wyboru operacji lub grantobiorców w przypadku wystąpienia konfliktu interesów dotyczącego mojej osoby.

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.

| Lp. | Znak sprawy LGD | Imię i nazwisko /<br>Nazwa Wnioskodawcy | Tytuł operacji | Wnioskowana kwota pomocy<br>(PLN) | Data i podpis<br>Pracownika Biura LGD<br>weryfikującego wniosek |
|-----|-----------------|-----------------------------------------|----------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1   |                 |                                         |                |                                   |                                                                 |
| 2   |                 |                                         |                |                                   |                                                                 |
| 3   |                 |                                         |                |                                   |                                                                 |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| 4 |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|