Załącznik nr 4 do Procedury wyboru i oceny operacji

przyjętej jako Załącznik nr 2 do Uchwały nr 21/XV/25 Zarządu Stowarzyszenia Lokalna Grupa Działania

Wielkopolskie Partnerstwo dla Doliny Baryczy z dnia 30.06.2025 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 Wielkopolskie Partnerstwo dla Doliny Baryczy;
* nie jestem członkiem Rady Stowarzyszenia Wielkopolskie Partnerstwo dla Doliny Baryczy;
* nie pełnię funkcji w organach podmiotów ubiegających się o wsparcie na realizację operacji w ramach wdrażania LSR Stowarzyszenia Wielkopolskie Partnerstwo dla Doliny Baryczy;
* nie ubiegam się o wsparcie na realizację operacji w ramach wdrażania LSR Stowarzyszenia Wielkopolskie 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 BiuraOŚWIADCZENIE 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 |  |  |  |  |  |  |