**Załącznik nr 2 do Procedury wyboru i oceny operacji**

**OŚWIADCZENIE PRACOWNIKÓW BIURA STOWARZYSZENIA LOKALNA GRUPA DZIAŁANIA KRAINA TRZECH RZEK 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 Stowarzyszenia Lokalna Grupa Działania Kraina Trzech Rzek,
* nie jestem członkiem Rady LGD Stowarzyszenia Lokalna Grupa Działania Kraina Trzech Rzek,
* nie pełnię funkcji w organach podmiotów ubiegających się o wsparcie na realizację operacji w ramach wdrażania LSR Stowarzyszenia Lokalna Grupa Działania Kraina Trzech Rzek,
* nie ubiegam się o wsparcie na realizację operacji w ramach wdrażania LSR Stowarzyszenia Lokalna Grupa Działania Kraina Trzech Rzek.

Zobowiązuje 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 /****Nazwa Wnioskodawcy** | **Tytuł operacji** | **Wnioskowana kwota pomocy (PLN)** | **Data i podpis Pracownika Biura LGD** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |