**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 WRAZ Z OŚWIADCZENIEM DOTYCZĄCYM KONFLIKTU INTERESÓW 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.  ………………………………………………………… …………………………………………………………………….. ………………………………………………………………  Data i podpis pracownika LGD Data i podpis pracownika LGD Data i podpis pracownika LGD  **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE KONFLIKTU INTERESÓW:**  Konflikt interesów dotyczy w szczególności przypadków, w których Pracownik Biura LGD:  a) jest wnioskodawcą, reprezentuje wnioskodawcę lub podmioty z nim powiązane, zachodzi pomiędzy nim a wnioskodawcą stosunek zależności służbowej lub powiązania  finansowe  b) pozostaje w związku małżeńskim lub stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia,  lub jest związany z wnioskodawcą z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli, lub jest osobą fizyczną reprezentującą przedsiębiorstwo powiązane z przedsiębiorstwem  reprezentowanym przez wnioskodawcę. | | | | | | | |
| **Lp.** | **Znak sprawy LGD** | **Imię i nazwisko /**  **Nazwa Wnioskodawcy** | **Tytuł operacji** | **Wnioskowana kwota pomocy (PLN)** | **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** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |