|  |
| --- |
| stema_JPG  Amblema e Komunes |
| **Republika e Kosovës Komuna e Vushtrrisë** |
| **Drejtoria për Shëndetësi dhe Përkujdesje Sociale** |

**DEKLARATË MBI FINANCIMIN E DYFISHTË**

Deklaroj se:

Aplikuesi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Emri i OJQ-së)

Përcakto njërin nga opsionet:

A) nuk ka pranuar

financim për projektin apo programin aplikues nga burime publike, sipas thirrjeve publike të organeve qeveritare, komunave, institucioneve tjera publike, fondeve të BE-së apo fondeve tjera vendore ose ndërkombëtare në vitin aktual kalendarik**.**

ose

B) ka konkurruar

për financimin e projektit/programit, por procesi i vlerësimit të projekt/programit është ende në proces.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Emri i institucionit dhe thirrjes publike në të cilën projekti ka konkurruar)

Nën përgjegjësi penale dhe materiale deklaroj se të gjitha informatat e përfshira në deklaratë janë të vërteta, të sakta dhe të plota.

Vendi dhe data: Vushtrri, \_\_\_\_\_\_\_\_\_2021

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Emri i plotë dhe nënshkrimin e përfaqësuesit të autorizuar të OJQ-s