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

**OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA BIURA LGD O BEZSTRONNOŚCI W OBSŁUDZE 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 Ziemi Grodziskiej Leader, * nie jestem członkiem Rady Stowarzyszenia Ziemi Grodziskiej Leader; * nie pełnię funkcji w organach podmiotów ubiegających się o wsparcie na realizację operacji w ramach wdrażania LSR Stowarzyszenia Ziemi Grodziskiej Leader; * 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 z wnioskodawcą z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli, lub 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 LGD Data i podpis Pracownika Biura LGD Data i podpis Pracownika Biura LGD  **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE KONFLIKTU INTERESÓW** | | | | | | |
| **Lp.** | **Znak sprawy LGD** | **Imię i nazwisko /**  **Nazwa Wnioskodawcy** | **Tytuł operacji** | **Charakter powiązań z Pracownika Biura LGD z Wnioskodawcą lub operacją** | **Data i czytelny podpis  Pracownika Biura LGD** | **Czy pracownik Biura LGD obsługuje wniosek?**  **TAK / NIE** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |