REPUBLIKA HRVATSKA

SPLITSKO-DALMATINSKA ŽUPANIJA

GRAD HVAR

**Javni poziv Grada Hvara za financiranje programa i projekata udruga osoba s invaliditetom te ostalih udruga u području zdravstvene skrbi za 2025. godinu**

**IZJAVA O NEPOSTOJANJU DVOSTRUKOG FINANCIRANJA**

kojom se izjavljuje da

**Prijavitelj: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(naziv udruge, OIB)

**Molimo podcrtati odgovarajuće stanje:**

1. **nije dobio**

financijska sredstva za prijavljeni projekt iz javnih izvora i/ili sredstva iz dijela prihoda od igara na sreću na natječajima tijela državne uprave, Vladinih ureda i tijela, javnih institucija, jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave odnosno sredstva iz fondova EU i međunarodnih fondova u tekućoj kalendarskoj godini

**ili**

1. **se natjecao**

za financijska sredstva za prijavljeni projekt, ali postupak ocjenjivanja projekta još je u tijeku.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(naziv tijela i naziv natječaja gdje je prijavljen program ili projekt)

**Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću izjavljujemo da su svi podaci navedeni u Izjavi istiniti, točni i potpuni.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mjesto i datum:** |  | **MP** |  |
|  |  |  | **Ime i prezime te potpis osobe ovlaštene za zastupanje prijavitelja projekta** |