**ZAŁĄCZNIK NR 2 – OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**

Wnioskodawca:

………………………………………………………………………………………..

pełna nazwa/firma, adres,
w zależności od podmiotu:
NIP/PESEL, KRS/CEiDG

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………………..

imię, nazwisko, stanowisko/podstawa
do reprezentacji

(miejsce i data)

**Oświadczenia Wnioskodawcy**

Oświadczam, że:

1. w stosunku do …………………………………….………………(*wpisać nazwę Wnioskodawcy*)
nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych, a ewentualne uzyskane dotacje zostały rozliczone rzetelnie i w przyznanej wysokości, w terminach określonych
w zawartych umowach;
2. *………………………………………………..…….(wpisać nazwę Wnioskodawcy*) **otrzymywał/nie otrzymywał**[[1]](#footnote-1) dotacji w okresie ostatnich 3 lat na realizację zadań publicznych;
3. kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z wnioskiem i w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł;
4. ………………………………….. *(wpisać nazwę Wnioskodawcy*) jest podmiotem uprawnionym
do składania wniosków w konkursie, zgodnie z pkt. 12 Ogłoszenia o konkursie, tj. podmiotem, którego cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego określonymi w art. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym
(Dz. U. 2015 poz. 1916 z późn. zm.).
5. nie byłem(am) karany(a) za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz
nie orzeczono wobec mnie zakazu pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi;

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, określonej w art. 233 § 1 kodeksu karnego – ,,Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3" – (Dz .U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).

 …………………………………………

*podpis osoby uprawnionej*

*do reprezentowania wnioskodawcy*

1. Zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-1)