# VI. OBRAZAC IZJAVE O NEPOSTOJANJU DVOSTRUKOG FINANCIRANJA

**Prijavitelj:**

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

(naziv prijavitelja, OIB)

Ovim dajemo, pod punom materijalnom odgovornošću, sljedeću izjavu:

Prijavljeni projekt/program :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

nije, niti će biti financiran iz nekog drugog izvora, u dijelu u kojem se financiranje troškova predloženih u proračunu/troškovniku projekta/programa traži od Grada Rijeke, Odjela gradske uprave za zdravstvo i socijalnu skrb.

# Mjesto i datum: MP

**Ime i prezime te potpis osobe ovlaštene za zastupanje i pečat prijavitelja projekta**

**Grad Rijeka, Korzo 16, 51000 Rijeka, Hrvatska** [**www.rijeka.hr**](http://www.rijeka.hr/) **Tel. ++38551209626, Fax. 209629**

**E-mail:** [**zdravstvo@rijeka.hr**](mailto:zdravstvo@rijeka.hr)