**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, Upravni odjel za zdravstvo, socijalnu zaštitu i unapređenje kvalitete života.

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