

Oświadczenie

składane na potrzeby konkursu ofert na realizację zadań publicznych w 2022 roku z zakresu wypoczynku dzieci i młodzieży.

Nazwa organizacji:

.....
.....
.....

Tytuł zadania:

.....
.....

Oświadczam, że :

- 1) zalegam / nie zalegam* z opłaceniem należności z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne;
- 2) jestem / nie jestem* podatnikiem VAT i realizując zadanie publiczne z zakresu wypoczynku dzieci i młodzieży będziemy/ nie będziemy* mogli skorzystać z prawa do obniżenia podatku należnego o podatek naliczony;
- 3) w zakresie związanym z realizacją zadania publicznego określonego w ofercie konkursowej, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których dotyczą te dane złożyły stosowne oświadczenia o zgodzie na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119, str. 1).
- 4) byłem /nie byłem* karany(a) za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz nie orzeczono wobec mnie zakazu pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi;
- 5) kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania i w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.
- 6) osoby zatrudniane bądź dopuszczone do realizacji zadania publicznego określonego w ofercie konkursowej nie figurują w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym (art. 21 ustawy z dnia 16 maja 2016 r.

o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (Dz. U. z 2020 r. poz.152).

- 7) zobowiązuję się do stosowania aktualnych wytycznych sanitarnych w związku z pandemią COVID-19 ogłoszonych przez Ministerstwo Edukacji Narodowej, Główny Inspektorat Sanitarny oraz Ministerstwo Zdrowia.

.....

miejsowość i data

.....

Podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania podmiotu

*nie potrzebne skreślić