Załącznik nr 1

do Procedur

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

*(pieczęć Zarządu Województwa)*

# OŚWIADCZENIE

*(nazwa)*

z siedzibą w:

*(miejscowość)*

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

reprezentowany przez:

1. -

*(nazwisko, imię) (funkcja)*

1. -

*(nazwisko, imię) funkcja)*

Działając w imieniu Zarządu Województwa: .

wyrażam/my zgodę na przyjęcie roli Realizatora w ramach programu „Partnerstwo dla osób z niepełnosprawnościami” - Program współpracy z Zarządami Województw w celu współfinansowania projektów organizacji pozarządowych wyłonionych do dofinansowania w drodze konkursów organizowanych przez Zarządy Województw w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych.

Wyrażam/y zgodę na opublikowanie informacji o przystąpieniu Zarządu Wojewódzkiego do realizacji ww. programu.

.

*(miejscowość i data) (podpisy i pieczątki imienne osób statutowo uprawnionych do reprezentowania Zarządu Województwa  i zaciągania zobowiązań finansowych)*