****

**KOMUNA E SHTIMES**

Drejtoria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale

Deklaroj se:

Aplikuesi:

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

(Emri i OJQ-së)

Përcakto njërin nga opsionet:

1. **Nuk ka Pranuar**

Financim për projektin apo programin aplikues nga burime publike, sipas thirrjeve publike të organeve qeveritare, komunave, institucioneve tjera publike, fondeve të BE-së apo fondeve tjera vendore ose ndërkombëtare në vitin aktual kalendarik.

*OSE*

**B) Ka Konkurruar**

Për financimin e Projektit / Programit, por procesi i vlerësimit të projekt/programit është ende në proces.

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

(Emri i institucionit dhe thirrjes publike në të cilën projekti ka konkurruar)

Nën përgjegjësi penale dhe materiale deklaroj se të gjitha informatat e përfshira në deklaratë janë të vërteta, të sakta dhe të plota.

Vendi: Emri i plotë dhe nënshkrimin e përfaqësuesit të autorizuar të OJQ-së

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_