****РЕПУБЛИКА СРБИЈА **(Образац 3а)**

АУТОНОМНА ПОКРАЈИНА ВОЈВОДИНА

ГРАД НОВИ САД

ГРАДСКА УПРАВА ЗА СОЦИЈАЛНУ И ДЕЧИЈУ ЗАШТИТУ

**ИЗЈАВА ПАРТНЕРСКЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ**

Ја, доле потписани, као одговорно лице у

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (навести назив партнерске огранизације)

кoje je партнер на реализацији програма

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(назив програма)

под пуном материјалном и кривичном одговорношћу изјављујем следеће:

* да сам прочитао целокупан предлог програма,
* да сам сагласан са предлогом програма,
* да сам сагласан са садржајем партнерског споразума који дефинише улогу партнерске организације у име које потписујем ову изјаву.

|  |  |
| --- | --- |
| **Име и презиме одговорног лица:** |  |
| **Функција у :** |  |
| **Потпис и печат:** |  |
| **Место и датум:** |  |

Напомена:

1. Попуњавају само удружења која имају партнерство на овом програму,

2. Уколико има више партнера, свака партнерска организација попуњава посебну изјаву.