Załącznik nr 6 do Ogłoszenia

|  |  |
| --- | --- |
| .................................................................................*Imię i nazwisko:* |   |

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że mój udział w pracach Komisji Konkursowej powoływanej przez Wójta Gminy Kłomnice ds. opiniowania złożonych ofert w ramach otwartego konkursu ofert na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego w ramach Resortowego programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej pod nazwą: „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2024nie powoduje konfliktu interesów w stosunku do oferentów, uczestniczących w konkursie ofert oraz nie podlegam wyłączeniu określonemu w art. 24 Kodeksu postępowania administracyjnego.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ................................................*Miejscowość, data:* |   | ................................................*Podpis* |