



## ASOCIAȚIA INTERCOMUNITARĂ ȚARA ZARANDULUI LEADER GAL

**Model de declarație prin care beneficiarul se angajează să raporteze către GAL „Țara Zarandului,” toate plățile aferente proiectului selectat, ce vor fi efectuate de către APDRP către beneficiar. Raportarea se va realiza, după primirea de la CRPDRP a Notificării beneficiarului cu privire la confirmarea plății, în maximum 5 zile lucrătoare de la data efectuării plății.**

### DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE A BENEFICIARULUI PRIVIND RAPORTAREA CĂTRE GAL „ȚARA ZARANDULUI”

Subsemnatul (nume, prenume)....., posesor al C.I./B.I. seria.....nr....., CNP....., eliberată de....., cu domiciliul în localitatea....., strada....., nr....., bl. ...., sc....., et....., ap....., jud....., în calitate de reprezentant legal al....., solicitant al finanțării prin Asociația Intercomunitară ”Țara Zarandului” LEADER GAL în cadrul măsurii ..... pentru proiectul cu titlul .....

mă angajez ca:

- după ce proiectul depus de mine va fi selectat și voi semna contractul de finanțare cu APDRP să raportez către Asociația Intercomunitară „Țara Zarandului,” LEADER GAL toate plățile ce vor fi efectuate de APDRP către mine, în calitate de beneficiar al proiectului;
- Să realizez această raportare după primirea de la CRPDRP a Notificării beneficiarului cu privire la confirmarea plății și în maximum 5 zile lucrătoare de la data efectuării plății.

Îmi asum faptul că în situația în care se constată că această declarație nu este conformă cu realitatea, ca persoană semnatară sunt pasibilă de încălcarea prevederilor legislației privind falsul în declarații.

**Data.....**

**Semnătura.....**

**Ștampila, după caz.....**



Asociația intercomunitară **Țara Zarandului LEADER GAL**  
CIF 28212496, Crișcior, Calea Zarandului, nr. 36  
Tel/fax. 0254 616 917, e-mail: office@tara-zarandului.com