**Oświadczenia dotyczące rozliczenia kosztów personelu**

**za miesiąc/miesiące …………….................. rok ……………**

1. Imię i nazwisko osoby zaangażowanej: …………………………………………………
2. PESEL osoby zaangażowanej: ………………………………………………………….
3. Oświadczam, że (należy wybrać jeden z wariantów):

- nie jestem zaangażowana/y na podstawie stosunku pracy w instytucji uczestniczącej w realizacji *FE[[1]](#footnote-1)*

- jestem zaangażowana/y na podstawie stosunku pracy w instytucji uczestniczącej w realizacji *FE1*, jednakże nie zachodzi konflikt interesów[[2]](#footnote-2) lub podwójne finansowanie, ponieważ………………………………………………………………………………………….……….…………………………………………………………………………………………

4. Oświadczam, że moje łączne zaangażowanie zawodowe w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy UE oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Beneficjenta i innych podmiotów (niezależnie od formy zaangażowania) nie przekracza 276 godzin miesięcznie (do ww. limitu wlicza się okres urlopu wypoczynkowego oraz czas niezdolności do pracy wskutek choroby, natomiast nie wlicza się innych nieobecności pracownika (np. urlop bezpłatny, rodzicielski i macierzyński)).

5. Oświadczam, że jestem/nie jestem\* zaangażowana/y na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, samozatrudnienia w przedsiębiorstwie Beneficjenta …………………………….…………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………...........................................................................

 (*należy wskazać nazwę i adres Partnera projektu*[[3]](#footnote-3))

6. Oświadczam, że jestem/nie jestem\* zaangażowany na podstawie stosunku pracy u Beneficjenta[[4]](#footnote-4)

 ……..…………………………………………………………………

 Czytelny podpis osoby zaangażowanej

7. W okresie rozliczeniowym pracownik:

1. przebywał/nie przebywał\* na zwolnieniu lekarskim powyżej 33 dni licząc narastająco w danym roku kalendarzowym
2. przebywał/ nie przebywał\* na urlopie bezpłatnym/macierzyńskim/ojcowskim w ilości dni roboczych………………………………………………………………………

8. Oświadczam, iż w systemie informatycznym CST2021 wskazane zostały aktualne dane dotyczące faktycznego czasu pracy w danym miesiącu kalendarzowym.

 ……………………………………………………………………..

Podpis i pieczęć Beneficjenta

lub osoby uprawnionej do reprezentowania Beneficjenta

*\*niepotrzebne skreślić*

1. Jako *instytucj*ę *uczestnicz*ą*c*ą *w realizacji FE* rozumie Instytucję Zarządzającą, Instytucję Pośredniczącą, Instytucję Wdrażającą. [↑](#footnote-ref-1)
2. Konflikt interesów jako naruszenie zasady bezinteresowności i bezstronności poprzez w szczególności wykonywanie zadań mających związek lub kolidujących ze stanowiskiem służbowym, mających negatywny wpływ na sprawy prowadzone w ramach obowiązków służbowych, lub na bezstronność prowadzenia spraw służbowych z uwagi na względy rodzinne, emocjonalne, sympatie polityczne lub związki z jakimkolwiek krajem, interes gospodarczy lub jakiekolwiek inne bezpośrednie lub pośrednie interesy osobiste. [↑](#footnote-ref-2)
3. Dotyczy projektów partnerskich. Zgodnie z **Wytycznymi dotyczącymi kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027**- w ramach projektów partnerskich wzajemne zlecanie przez partnerów realizacji zadań przez personel projektu jest niedopuszczalne. [↑](#footnote-ref-3)
4. Dotyczypersonelu zatrudnionego u Beneficjenta w ramach realizacji projektu na podstawie innej formy zatrudnienia niż stosunek pracy [↑](#footnote-ref-4)