

Declarație pe proprie răspundere a reprezentantului legal al potențialului partener că nu se află în niciuna din situațiile de excludere prevăzute în cadrul Regulilor generale privind eligibilitatea solicitanților

Subsemnatul <nume, prenume>, posesor al CI/BI seria....., nr....., eliberată de, în calitate de <funcție / reprezentant legal / împuternicit> al <denumire partener>, cunoscând că falsul în declarații este pedepsit de Codul Penal, cu prilejul depunerii documentelor în cadrul anunțului de selecție parteneri publicat de către Direcția de Sănătate Publică a județului Galați, declar pe propria răspundere că institutia/ ONG-ul / pe care îl reprezint nu se afla în niciuna din situațiile de excludere de mai jos:

- în incapacitate de plată / în stare de insolvență, conform Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 46/2013 privind criza financiară și insolvența unităților administrativ-teritoriale, respectiv conform Legii nr.85/2014 privind procedura insolvenței, cu modificările și completările ulterioare, după caz;
- a suferit condamnări definitive datorate unei conduite profesionale îndreptată împotriva legii, decizie formulată de o autoritate de judecată ce are forță de *res judicata*;
- în stare de faliment sau face obiectul unei proceduri de lichidare sau de administrare judiciară, are încheiate concordate, și-a suspendat activitatea în ultimii 2 ani dinaintea depunerii cererii de finanțare sau face obiectul unei proceduri în urma acestor situații sau se afla în situații similare în urma unei proceduri de aceeași natură prevăzute de legislația sau de reglementările naționale;
- reprezentanții săi legali / structurile de conducere și persoanele care asigură conducerea solicitantului au comis în conduita profesională greșeli grave, demonstrate în instanță, pe care autoritatea contractantă le poate justifica;
- se încadrează, din punct de vedere al obligațiilor de plata restante la bugetele publice, într-una din situațiile în care obligațiile de plată nete depășesc 1/12 din totalul obligațiilor datorate în ultimele 12 luni, în cazul certificatului de atestare fiscală emis de Agenția Națională de Administrare Fiscală;
- reprezentanții săi legali / structurile de conducere și persoanele care asigură conducerea solicitantului au fost condamnați printr-o hotărâre cu valoare de *res judicata* pentru fraudă, corupție, participare la o organizație criminală sau la orice alte activități ilegale în detrimentul intereselor financiare ale Comunităților;
- reprezentanții săi legali / structurile de conducere ai acesteia și persoanele care asigură conducerea se află în situația de conflict de interese sau incompatibilitate, așa cum este definit în legislația națională și comunitară în vigoare;
- se face vinovat de declarații false în furnizarea informațiilor solicitate de AMOI POCU responsabil sau nu a furnizat aceste informații.

Numele și prenumele reprezentantului legal

Data

.....

Semnătura

Ștampila

Declarație pe propria răspundere pentru participarea ca partener în cadrul proiectului care urmează a fi depus de Direcția de Sănătate Publică a județului Galați, Programul Operațional Capital Uman 2014 – 2020 (POCU), “ Axa prioritară 4 - Incluziunea socială și combaterea sărăciei

Obiectivul tematic 9: Promovarea incluziunii sociale, combaterea sărăciei și a oricărei forme de discriminare Prioritatea de investiții 9.iv: Creșterea accesului la servicii accesibile, durabile și de înaltă calitate, inclusiv asistență medicală și servicii sociale de interes general Obiectivul specific 4.8: Îmbunătățirea nivelului de competențe al profesioniștilor din sectorul medical.

Subsemnatul <nume, prenume>, posesor al CI/BI seria....., nr....., eliberată de, în calitate de <funcție / reprezentant legal / împuternicit> al <denumire partener>, declar pe proprie răspundere că organizația pe care o reprezint se angajează să asigure resursele financiare (reprezentând cota de cofinanțare proprie proporțională cu valoarea cheltuielilor eligibile aferente acțiunilor pe care le va implementa, așa cum este aceasta stabilită prin Ghidul Solicitantului Condiții Specifice "Formarea personalului implicat în implementarea programelor prioritare de sănătate") și resursele umane necesare, pe toată durata de implementare a proiectului, în situația în care vom fi selectați să facem parte din parteneriatul proiectului.

Numele și prenumele reprezentantului legal

Data

.....

Semnătura

Ștampila

GRILA EVALUARE ETAPA DE CALIFICARE A CANDIDAȚILOR

Criteriul calificare	DA	NU
I. Conformitatea documentelor		
Au fost depuse de către candidat ambele documente solicitate (Scrisoarea de intenție și Fișa partenerului)		
Documentele solicitate respecta modelul publicat pe site-ul DSP Galati		
Rubricile Fișei partenerului sunt integral completate		
II. Capacitatea candidatului de a furniza servicii corespunzător activităților proiectului		
Are în obiectul de activitate prestarea de servicii de natura celor care sunt necesare implementării proiectului, conform cu temele și activitățile la care dorește să fie partener		
Are experiență de cel puțin 24 luni în domeniul activităților proiectului.		
Are capacitatea financiară și operațională de realizare a activităților din proiect		
III. Conduita candidatului		
Nu este subiect al unui conflict de interese		
Și-a îndeplinit obligațiile de plată a impozitelor și taxelor locale și nu figurează în evidențele fiscale cu obligații de plată nete care depășesc 1/12 din totalul obligațiilor datorate în ultimele 12 luni, în conformitate cu prevederile Ghidului - Orientări privind accesarea finanțării în cadrul POCU 2014-2020.		

Notă

Candidatul se consideră calificat numai în cazul în care la toate criteriile de calificare a fost bifată rubrica "DA"