|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SYGNATURA MSWIA** | | | | |  | | | | | | | |
| **WNIOSEK NA REALIZACJĘ ZADAŃ SYSTEMOWYCH PROGRAMU INTEGRACJI SPOŁECZNEJ I OBYWATELSKIEJ ROMÓW W POLSCE NA LATA 2021-2030** | | | | | | | | | | | | |
| nr wersji wniosku |  | | | na rok |  | | | z dnia | | | |  |
| **I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY** | | | | | | | | | | | | |
| Wnioskodawca | | | | |  | | | | | | | |
| Adres | | | | |  | | | | | | | |
| Wykonawca | | | | |  | | | | | | | |
| Adres | | | | |  | | | | | | | |
| Nr KRS organizacji pozarządowej | | | | |  | | | | | | | |
| Tytuł zadania | | | | |  | | | | | | | |
| Osoba odpowiedzialna za projekt | | | | | tel. | | | | mail | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | |
| Osoba do kontaktów roboczych | | | | | tel. | | | | mail | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | |
| **II. Opis planowanej realizacji zadania** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Opis kwalifikacji całego personelu projektu | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Termin realizacji zadania | | Miejsce realizacji zadania | | | | | Partnerzy: | | | | Kontynuacja zadania | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | |
| Opis promocji zadania | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce umieszczenia informacji o dotacji w ramach rządowego *Programu integracji społecznej i obywatelskiej Romów w Polsce na lata 2021-2030* | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **III. KOSZT ZADANIA** | | | | | | | | | | | | |
| koszt całości zadania | | | Inne niż dotacja źródła finansowania | | | | | | | wysokość wnioskowanej dotacji | | |
| środki własne | | | środki z innych źródeł (jakich) | | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |
| **V. OŚWIADCZENIA I PODPISY** | | | | | | | | | | | | |
| *Wnioskodawca zamierza odpłatnie świadczyć zadanie publicznego* | | | | | |  | | | | | | |
| *Wnioskodawca nie zalega z opłacaniem należności z tytułu zobowiązań podatkowych* | | | | | |  | | | | | | |
| *Wnioskodawca nie zalega z opłacaniem należności z tytułu ubezpieczeń społecznych* | | | | | |  | | | | | | |
| *Dane zawarte w cz. I Dane dotyczące Wnioskodawcy są zgodne z danymi w KRS/właściwą ewidencją* | | | | | |  | | | | | | |
| *W zakresie związanym z ochroną danych osobowych, ich gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem odpowiednie osoby złożyły stosowne oświadczenie, zgodne z przepisami o ochronie danych osobowych* | | | | | |  | | | | | | |
| Data | | | Miejscowość | | | Imię i nazwisko osób/y upoważnionej do składania wniosku | | | | Podpis i pieczęć | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |
| UWAGI | | | *Wnioskodawcy wypełniają pola białe.* | | | | | | | | | |
| *Kosztorys zadania jest integralną częścią Wniosku na realizację zadań systemowych Programu integracji społecznej i obywatelskiej Romów w Polsce na lata 2021-2030* | | | | | | | | | |