



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Załącznik nr 6 Karta weryfikacji oświadczeń członka KOP - Pracownika

WZÓR

Karty weryfikacji oświadczeń członka KOP - Pracownika oceniającego wnioski o dofinansowanie projektów w ramach programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego na lata 2021-2027

Imię i nazwisko pracownika:

.....

Numer naboru, w ramach którego pracownik został powołany w skład Komisji Oceny Projektów:

.....

Weryfikacja oświadczeń składanych przez członków KOP w zakresie potwierdzenia spełnienia przez członka KOP – pracownika warunku, o którym mowa w oświadczeniu o bezstronności zgodnie z art. 85 ust. 1 i 3 Ustawy wdrożeniowej:

Lp.	Kryterium oceny deklaracji eksperta	Ocena
1.	Czy analiza informacji gromadzonych przez ŚCP jako pracodawcę (zgodnie z danymi Zespołu Obsługi Kadrowej), potwierdza spełnienie warunku, o którym mowa w oświadczeniu o bezstronności zgodnie z art. 85 ust 1 i 3 Ustawy wdrożeniowej?	TAK/NIE
2.	Czy analiza danych w ogólnodostępnych portalach oraz z wykorzystaniem danych widniejących w wyszukiwarce potwierdza spełnienie warunku, o którym mowa w oświadczeniu o bezstronności zgodnie z art. 85 ust 1 i 3 Ustawy wdrożeniowej?	TAK/NIE
3.	Czy analiza danych w dostępnych dla ŚCP portalach, raportach handlowych, bazach danych, aplikacjach, serwisach internetowych, potwierdza spełnienie warunku, o którym mowa w oświadczeniu o bezstronności zgodnie z art. 85 ust 1 i 3 Ustawy wdrożeniowej?	TAK/NIE

W przypadku zaznaczenia NIE tj. jeżeli zostanie uprawdopodobnione istnienie okoliczności, które mogą wywołać wątpliwości co do bezstronności pracownika, ION dokonuje analizy sytuacji celem dopuszczenia/wykluczenia członka z prac KOP.

Wynik weryfikacji: potwierdzono prawidłowość złożonych oświadczeń/ stwierdzono okoliczności mogące wywoływać wątpliwości co do bezstronności¹

UZASADNIENIE

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Imię i nazwisko osoby dokonującej weryfikacji oświadczeń członka KOP – Pracownika:

.....

Data i podpis osoby dokonującej weryfikacji oświadczeń członka KOP – Pracownika

.....

Data i Podpis Przewodniczącego/Zastępcy Przewodniczącego/ KOP

¹ Należy skreślić niewłaściwe