**DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO PRINCIPAL**

*A presente declaração deve ser assinada pelo representante da entidade Beneficiária Principal*

*com competência para comprometer financeiramente a referida entidade.*

*Antes de assinar esta declaração, deve ler com atenção o seu conteúdo.*

*Em nenhum caso, pode alterar o seu conteúdo.*

|  |
| --- |
| **ACRÓNIMO DA CANDIDATURA** |
|  |
| **TÍTULO DA CANDIDATURA** |
|  |
| **ENTIDADE DO BENEFICIÁRIO PRINCIPAL** |
|  |

Sr./Sra. [nome e apelido], na qualidade de [função], como representante legal da entidade anteriormente indicada, designada como beneficiário principal da candidatura antes mencionada, **declara**:

1. Que detém o cargo anteriormente indicado tal como se demonstra no documento justificativo que se anexa à presente Declaração, que certifica ter **competência** para representar o Beneficiário Principal (BP) e para **comprometer** **financeiramente** a entidade para a realização da candidatura apresentada.
2. Que através da assinatura do presente documento, relacionado com a candidatura antes mencionada e em nome da parceria, assume as seguintes responsabilidades e obrigações como BP:

* Toda a informação disponibilizada para a apresentação da candidatura é correta e verdadeira.
* Todos os beneficiários indicados no Formulário de Candidatura de Ações de Capitalização comprometem-se a participar no desenvolvimento das atividades propostas e no financiamento do projeto.
* Todos os beneficiários comprometem-se a desenvolver todas as ações respeitando a legislação europeia e nacional (específicamente no que diz respeito aos Fundos Estruturais e de Investimento Europeus, contratação pública, auxilios de Estado, igualdade entre homens e mulheres e não discriminação e desenvolvimento sustentável, assim como as regras específicas do Programa).
* O projeto respeita a igualdade entre homens e mulheres e não discriminação e não tem impacto negativo no meio ambiente.
* O projeto não recebeu ou receberá, na totalidade ou em parte, outros fundos da Unión Europeia durante toda a sua duração.

|  |  |
| --- | --- |
| **ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO PRINCIPAL** | |
|  | |
| **Nome do assinante** |  |
| **Função do assinante** |  |
| **Data de assinatura** |  |