**Čestné** **vyhlásenie 2**

Ja, dolu podpísaný(á), týmto čestne vyhlasujem, že \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*názov školy a adresa*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ďalej len „škola“) je financovaná v prevažnej miere (viac ako 50 %) z verejných zdrojov, t. j. nie z príspevkov rodičov alebo iných komerčných príjmov.

|  |
| --- |
| Výkaz ziskov a strát a/alebo výkaz o príjmoch a výdavkoch za obdobie minimálne posledných dvoch rokov je možné nájsť na tomto odkaze: |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Názov komponentu POO** | Komponent 6 - Dostupnosť, rozvoj a kvalita inkluzívneho vzdelávania |
| **Názov reformy POO** | Reforma 2 - Definícia konceptu špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb detí a žiakov a vypracovanie modelu nárokovateľných podporných opatrení vo výchove a vzdelávaní, vrátane systému ich financovania |
| **Názov výzvy/programu** | Zdravotnícky pracovník v materskej alebo v základnej škole |
| **Meno, priezvisko, titul štatutárneho orgánu\*** |  |
| **Dátum narodenia štatutárneho orgánu** |  |
| **Dátum podpisu** |  |
| **Podpis štatutárneho orgánu** |  |
| **Meno, priezvisko, titul štatutárneho zástupcu žiadateľa** |  |
| **Dátum podpisu** |  |
| **Podpis štatutárneho zástupcu žiadateľa** |  |

\*V prípade viacerých štatutárnych orgánov, vyplňte údaje do tabuľky nižšie.

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno, priezvisko, titul štatutárneho orgánu** |  |
| **Dátum narodenia štatutárneho orgánu** |  |
| **Dátum podpisu** |  |
| **Podpis štatutárneho orgánu** |  |
| **Meno, priezvisko, titul štatutárneho orgánu** |  |
| **Dátum narodenia štatutárneho orgánu** |  |
| **Dátum podpisu** |  |
| **Podpis štatutárneho orgánu** |  |