HLAVNÍ MĚSTO PRAHA

MAGISTRÁT HLAVNÍHO MĚSTA PRAHY

Odbor zdravotnictví, sociální péče a prevence

Oddělení prevence

|  |
| --- |
| C:\Users\M000XZ~1\AppData\Local\Temp\Rar$DIa0.294\Praha_logo_bar.tif |

Grantový program hlavního města Prahy pro oblast primární prevence ve školách  
a školských zařízeních

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFORMAČNÍ LIST K ŽÁDOSTI O GRANT  |  |  | | --- | --- | | Žadatel: (přesný název školy/školského zařízení/organizace dle zřizovací listiny nebo příslušného rejstříku) |  | | **Adresa školy/školského zařízení/organizace:** |  | | **Telefon:** |  | | **E-mail:** |  | | **Webové stránky:** |  | | **IČO:** |  | | **Statutární orgán:** (zástupce) |  | | **Telefon:** |  | | **E-mail:** |  | | **Zřizovatel školy/školského zařízení:** |  | | **Městská část, ve které škola/školské zařízení/organizace sídlí:** |  | | **Právnická osoba uvede identifikaci:** | | | **1. osob zastupujících právnickou osobu  s uvedením právního důvodu zastoupení** |  | | **2. osob s podílem v této právnické osobě** |  | | **3. osob, v nichž má přímý podíl, a výši tohoto podílu** |  | |
| **Souhrnné údaje o žádostech žadatele**   |  |  | | --- | --- | | **Číslo programu** | **Celkový požadavek podpory od HMP** | | 1. **(formulář A)** |  | | 1. **(formulář B)** |  | | 1. **(formulář C)** |  | | 1. **(formulář D)** |  | |

Prohlašuji:

1. že jsem byl(a) seznámen(a) s Metodikou pro předkladatele pro rok 2016 Grantového programu hlavního města Prahy pro oblast primární prevence ve školách a školských zařízeních, souhlasím s ní a zavazuji se jí dodržovat. Zároveň se zavazuji v případě změny, zániku, změny adresy nebo statutárního orgánu, změny v projektu nebo jiných skutečností, které mají vliv na realizaci schválených projektů, tyto skutečnosti písemně sdělit do 14 kalendářních dnů od jejich vzniku Odboru zdravotnictví, sociální péče a prevence Magistrátu hlavního města Prahy.
2. že ke dni podání škola:
3. nemá splatné závazky ve vztahu ke státnímu rozpočtu, ke státnímu fondu nebo rozpočtu územního samosprávného celku,
4. vůči jejímu majetku neprobíhá nebo v posledních 3 letech neproběhlo insolvenční řízení, v němž bylo vydáno rozhodnutí  
   o úpadku,
5. není v likvidaci,
6. nemá v evidenci daní zachyceny daňové nedoplatky,
7. nemá nedoplatek na pojistném a na penále na veřejné zdravotní pojištění,
8. nemá nedoplatek na pojistném a na penále na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti.
9. že údaje uvedené v informačním listu jsou úplné a pravdivé.

V případě kladného posouzení žádosti budou finanční prostředky směřovat na prevenci rizikového chování ve školách  
a školských zařízeních.

|  |
| --- |
|  |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Razítko, jméno a podpis statutárního zástupce: | | | | Titul před jménem |  | Razítko | | Jméno |  | | Příjmení |  | | Titul za jménem |  | Podpis | |