**Anexa 19**

**DECLARAŢIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE A BENEFICIARULUI**

**DE RAPORTARE CĂTRE GAL TOVISHAT**

Subsemnatul:................................................................................................................ posesor al BI/CI seria………....nr.............................CNP..................................................eliberat de............................................cu domiciliul stabil în.........................................................................................................................., reprezentant al beneficiarului…………………………………………………………………, în cadrul Măsurii nr. …………. din cadrul SDL Tovishat , proiect cu titlul................................................................................................................ și contract de finanțare nr………………………………………………………………………………………

**declar pe proprie răspundere că mă angajez să raportez către Asociația Grup de Acțiune Locală Tovishat, toate plățile aferente și toată corespondența referitoare la proiectul selectat prin intermendiul GAL Tovishat ce vor fi efectuate sau comunicate de către AFIR , în maximum 5 zile lucrătoare de la efectuarea plăților sau de la data primirii notificărilor.**

Data...................

Semnătura...................................

Ştampila, după caz........................