**DÉCLARATION**

Le soussigné [insérer le nom du signataire de ce formulaire], représentant la personne morale suivante:

|  |  |
| --- | --- |
| NOM OFFICIEL COMPLET |  |
| ADRESSE OFFICIELLE COMPLÈTE |  |
| PAYS |  |
| NUMÉRO D'ENREGISTREMENT LÉGAL |  |

déclare que l'organisation:

• accepte de participer au programme WACOMP dans le cadre du présent appel à propositions;

• est éligible conformément aux critères d'éligibilité définis au paragraphe 3 du présent appel à propositions;

• accepte de nommer au moins trois personnes parmi son personnel ou collaborateurs de confiance pour participer à une formation de formateurs et accepte d'accorder à la personne choisie suffisamment de temps pour participer à la formation ainsi qu'à tout autre activité nécessaire pour obtenir sa certification;

• convient d'organiser au moins une formation d'entrepreneurs (ToE) avant fin novembre 2020 et de couvrir les frais logistiques connexes (lieu, équipement de formation et rafraîchissements pour les participants).

Date, signature et cachet