**Declaração**

Eu, abaixo assinado [inserir nome do signatário deste formulário], representante da seguinte pessoa coletiva:

|  |  |
| --- | --- |
| NOME OFICIAL COMPLETO |  |
| ENDEREÇO OFICIAL COMPLETO |  |
| PAÍS |  |
| NÚMERO DE REGISTRO ESTATUTÁRIO |  |

declaro que a organização:

• Aceita participar do programa WACOMP neste convite à apresentação de propostas;

• É elegível de acordo com os critérios de elegibilidade estabelecidos no parágrafo 3 deste convite à apresentação de propostas

• Concorda em nomear pelo menos três pessoas entre seus funcionários ou colaboradores de confiança para participar de uma formação de instrutores e concordar em permitir que a pessoa escolhida tenha tempo suficiente para participar do treinamento, bem como de outras atividades necessárias para obter a sua certificação

• Concorda em organizar pelo menos uma formação de empreendedores (FdE) antes do final de setembro de 2020 e cobrir os custos logísticos relacionados (local, equipamento de formação e pequenas refeições para os participantes)

Data, Assinatura e Carimbo