**Υ\_1**

|  |  |
| --- | --- |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΘΕΤΟΥΣΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ  ……………………………….  Ταχ. Δ/νση:  Ταχ. Κωδ.:  Πληροφορίες:  Τηλ:  Fax:  e-mail: | Ημ/νία:  Αρ. Πρωτ.: |

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

Βεβαιώνεται ότι (α) ο αξιολογητής/εμπειρογνώμονας / (β) το μέλος της …….. επιτροπής με τα κάτωθι στοιχεία:

Επίθετο: ……………………..………..

Όνομα: ……………………………..……

Πατρώνυμο: …………………………..

Ειδικότητα: …………………………….

(α) αξιολόγησε συνολικά ……………. (αριθμός αξιολογήσεων) αιτήσεις στήριξης /

(β) συμμετείχε συνολικά σε ……………. (αριθμός) συνεδριάσεις της ………… επιτροπής της Περιφέρειας ………………….. για την εξέταση των αιτήσεων στήριξης/ενστάσεων

στο πλαίσιο του Μέτρου …… υπομέτρου ……. «………………………………………………………….» όπως περιγράφονται αναλυτικά στον πίνακα:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΜΗΝΑΣ** | **ΕΤΟΣ** | **ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΕΩΝ** | **ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΕΩΝ\*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ** | |  |  |

\*Για την περίπτωση συνεδριάσεων επιτροπής, βεβαιώνεται ότι σε κάθε μία από όλες τις ανωτέρω συνεδριάσεις εξετάσθηκαν τουλάχιστον 10 αιτήσεις στήριξης.

Η παρούσα βεβαίωση χορηγείται στον ενδιαφερόμενο για κάθε νόμιμη χρήση.

Ο Προϊστάμενος της Υπηρεσίας

(ονοματεπώνυμο, υπογραφή, σφραγίδα)