**Υ\_2**

|  |  |
| --- | --- |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ  (στην οποία υπηρετεί ο αξιολογητής/  το μέλος της επιτροπής)  ……………………………….  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 ……. «………………………………………………………….».

Η αξιολόγηση των εν λόγω αιτήσεων στήριξης /

Οι εν λόγω συνεδριάσεις στις οποίες συμμετείχε το μέλος της ……………. επιτροπής για την εξέταση των αιτήσεων στήριξης/ενστάσεων

πραγματοποιήθηκε/-αν **εκτός του προβλεπόμενου ωραρίου εργασίας και σε χρόνο που δεν καλύπτεται από υπερωριακή απασχόληση**.

Ο Προϊστάμενος της Υπηρεσίας

(ονοματεπώνυμο, υπογραφή, σφραγίδα)