**Βεβαίωσης Έναρξης Λειτουργίας της Δομής**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| <Δικαιούχος/ Όργανο Διοίκησης>  …………………………  Ταχ. Δ/νση:  Ταχ. Κώδικας:  Πληροφορίες:  Τηλέφωνο:  Fax:  Email: |  | <Τόπος>, <Ημερομηνία>  Α.Π.: |

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ**

**της ……………………………….,**

**με κωδικό ΟΠΣ (MIS) ………**

Σύμφωνα με την Α.Π. ……/… Απόφαση Ένταξης της Πράξης «……………………………», **ορίζεται ως ημερομηνία ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ …………….………., η ../../20..**

Κατά την ημερομηνία αυτή, πιστοποιείται ότι πληρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις για την έναρξη λειτουργίας της δομής:

* Πρόσληψη των στελεχών σύμφωνα με την Απόφαση Ένταξης

**Ο/Η <ΝΟΜΙΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ>**

**……………………………**

**(ονοματεπώνυμο και υπογραφή)**

**Συνημμένα έγγραφα:**

1. Πίνακας προσωπικού (ονοματεπώνυμο, ειδικότητα, σχέση εργασίας, ημερομηνία πρόσληψης)