|  |
| --- |
| **Engagement du cofinancement prévisionnel** |

Organisme cofinanceur

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Nom complet(pas de sigle) |  | |
| * Forme juridique |  | |
| * N° SIRET |  | |
| * Nom, prénom et fonction de la personne chargée du dossier |  | |
| * Service |  | |
| * Adresse complète |  | |
| * Téléphone / télécopie | Tél. : | Fax. : |
| * Adresse électronique |  | |

Je, soussigné(e), ………………….., en qualité de …………………….., représentant de l’organisme cofinanceur désigné ci-dessus, atteste qu’une aide financière sera apportée à l’organisme et à l’opération désignée ci-après.

J’atteste également que cette aide financière ne comportera pas de crédits communautaires, de quelque fonds ou programme que ce soit, qu’elle ne sera pas mobilisée ni mobilisable en contrepartie d’une aide communautaire autre que celle relative à la présente opération.

Organisme bénéficiaire et opération cofinancée

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Nom complet (pas de sigle) | |  | |
| * Intitulé de l’opération | |  | |
| * Période d’exécution couverte par le cofinancement | |  | |
| * Montant de l’engagement du cofinancement prévisionnel | |  | |
| * Coût total de l’opération | |  | |
| * Montant du cofinancement FSE+ | |  | |
| Fait à....  Date : | Signature et cachet | |