**DECLARACIÓN JURADA TIPO SIMPLE DIRECTIVA COMPLETA**

**SOBRE INHABILIDADESLA DIRECTIVA DE PROYECTO POSTULANTE A SUBVENCION DEL GOBIERNO REGIONAL DEL BIOBÍO**

**FONDO:**

**INICIATIVA POSTULADA:**

**INSTITUCIÓN:**

**RUT:**

Los integrantes del directorio que a continuación se detallan: (incorporar líneas a tabla según cantidad de directores, incluido representante legal, tesorero, secretario) declaran que:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CARGO | NOMBRE COMPLETO DIRECTOR | RUT | FIRMA |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. No soy funcionario del Gobierno Regional del Biobío, ni consultor de este, remunerado o no remunerado.
2. No soy cónyuge, ni tengo vínculo familiar hasta el 4° consanguinidad, ni 2° de afinidad inclusive con el Gobernador Regional del Biobío, miembros el Consejo Regional del Biobío, Jefes de División del Gobierno Regional del Biobío, directivos del Gobierno Regional del Biobío, hasta Jefe de división o departamento o su equivalente, de las Unidades o Departamentos que intervienen en el proceso de asignación, evaluación, supervisión o control de la iniciativa que se postula
3. No tengo litigios pendientes con el Gobierno Regional del Biobío, a menos que se refieran al ejercicio de derechos propios, de cónyuge, o de vínculo familiar hasta el 4° grado de consanguinidad, ni 2° de afinidad inclusive.
4. No haber puesto término anticipado a la ejecución de una iniciativa financiada por el Gobierno Regional del Biobío previa autorización de este.

Por otra parte, los directores que a continuación se detallan, declaran que **(Llenar sólo en caso de cumplirse. Caso contrario tachar):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CARGO | NOMBRE COMPLETO DIRECTOR | RUT | FIRMA |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Ser cónyuge**, o tener vínculo familiar** hasta el 4° de consanguinidad, o 2° de afinidad inclusive con los **funcionarios y consultores** de Unidades o Departamentos que intervienen en el proceso de asignación, evaluación, supervisión o control de la iniciativa que se postula.El funcionario o consultor es:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO DIRECTOR | FUNCIONARIO O CONSULTOR INVOLUCRADO | EN DONDE DESEMPEÑA EL CARGO |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Por último, el representante legal Declara que:

* Los siguientes funcionarios, o consultores, de Unidades o Departamentos que intervienen en el proceso de asignación, evaluación, supervisión o control de la iniciativa que se postula, trabajaron remuneradamente, prestaron servicios no remunerados, o fueron directores, administradores o ejecutivos, de la institución que representa, esto hasta dos años antes de esta postulación:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO DIRECTOR | FUNCIONARIO O CONSULTOR | EN DONDE DESEMPEÑA EL CARGO |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Esta declaración la realizo de forma voluntaria y consciente, asumiendo las responsabilidades legales correspondientes en caso de falsedad.

**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL**

FECHA: