

ИЗЈАВА**јединице локалне самоуправе о прихватању подручја Партнерства и о
непостојању преклапања подручја Партнерства са подручјем другог Партнерства**

Као овлашћени представник јединице локалне самоуправе прихватам подручје Партнерства _____ и сагласан сам да следећа насељена места са територије ове јединице локалне самоуправе чине подручје Партнерства:
_____:

Редни број	Насељена места

Напомена: Табела се проширује према потреби

Својим потписом потврђујем да не постоји преклапање подручја Партнерства _____ са подручјем другог Партнерства на територији ове јединице локалне самоуправе.

Датум:

Градоначелник/председник општине:
