załącznik nr 5

do Zarządzenia Nr ………….

Prezydenta Miasta Włocławek

z dnia ……………… r.

**ZAKTUALIZOWANY KOSZTORYS I HARMONOGRAM REALIZACJI ZADANIA**

**realizacji programów profilaktyki uniwersalnej, oraz programów rozwijających kompetencje wychowawcze rodziców i wychowawców sprzyjające kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży, dotyczące wczesnego rozpoznawania zagrożenia używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych NSP oraz programów rozwijających umiejętności w podejmowaniu interwencji profilaktycznej w ramach Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na 2023 rok.**

|  |  |
| --- | --- |
| Numer zadania konkursowego: |  |
| Nazwa zadania konkursowego: |  |

1. Kalkulacja kosztów niezbędnych w realizacji zadania:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj kosztów(należy uwzględnić wszystkie planowane koszty, w szczególności zakupu usług, zakupu rzeczy, wynagrodzeń) | Liczba jednostek | Koszt jednostkowy (w zł) | Rodzaj miary | Koszt całkowity (w zł) |
|  | Koszty merytoryczne: |  |  |  |  |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
|  | Koszty administracyjne: |  |  |  |  |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
|  | OGÓŁEM: |  |  |  |  |

1. Harmonogram działań w zakresie realizacji zadania:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Działanie | Planowany termin realizacji | Uwagi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

3. Dokonane zmiany w zakresie rzeczowym zadania:

…

4. Inne ewentualne zmiany (termin, konto, osoby uprawnione):

**…**

Jednocześnie oświadczamy, że nie staramy się o pomoc publiczną i nie uzyskaliśmy dofinansowania ze źródeł zewnętrznych, w tym: samorządu województwa, administracji rządowej, Unii Europejskiej, innych wydziałów Urzędu Miasta Włocławek oraz sponsorów prywatnych w ramach tego samego przedsięwzięcia
i kosztów.

Miejsce i data sporządzenia korekty pieczęcie i podpisy osób uprawnionych ze strony podmiotu 1

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Podpis pracownika merytorycznego Zatwierdzenie przez Dyrektora Wydziału

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 W przypadku braku pieczęci imiennych, należy złożyć czytelny podpis oraz wpisać pełnioną funkcję