|  |  |
| --- | --- |
| **Ime i prezime:** |  |
| **Institucija/Organizacija:** |  |
| **Pozicija/Funkcija:** |  |

**IZJAVA O ZAINTERESOVANOSTI ZA UČEŠĆE U**

**NACIONALNOJ KOALICIJI U OKVIRU PROJEKTA ARISE**

Potpis:

Datum: