**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA SZKOLENIE**

realizowane w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój

***„Profesjonalizacja kadr w zamówieniach publicznych”***

współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Szkolenie online, data …………………. 2021 r.**

Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój

Oś priorytetowa II: Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji

Działanie 2.18: Wysokiej jakości usługi administracyjne

**CZĘŚĆ A**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane instytucji,****w której zatrudniony jest uczestnik** | **Zmienne** |
| Nazwa instytucji | *Pełna nazwa instytucji*………………………………………………………………………………….….……………………………………………………………………………………..*Jeśli instytucja podlega jednostce administracji rządowej lub samorządowej proszę wskazać jej nazwę**………………………………………………………………………………….….* |
| NIP |  |
| Forma prawna | *Jednostka administracji rządowej[[1]](#footnote-1)**Jednostka podległa* *administracji rządowej**Jednostka administracji samorządowej**Jednostka podległa* *administracji samorządowej**Instytucja kontroli* |
| Adres instytucji | *Województwo: …………………………………………………….....……**Powiat: ………………………………………………………………….….….**Gmina:* …………………………………………..……………………………..*Miejscowość:………………………………………………………………….**Ulica:……………………………………………………………………………..**nr domu/lokalu: ……………….……………………………………..……**Kod pocztowy: ………………………………………………………………**Tel.: …………………….…………………………………………………...…..**Adres e-mail……………………………………………...................…..* |

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

*Pieczątka instytucji, która deleguje uczestnika Podpis osoby upoważnionej reprezentującej instytucję*

**CZĘŚĆ B**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane osobowe uczestnika** | **Zmienne** |
| Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Płeć | *Kobieta/Mężczyzna[[2]](#footnote-2)* |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| Wykształcenie | *Niższe niż podstawowe/Podstawowe/Gimnazjalne/**Ponadgimnazjalne/Policealne/Wyższe[[3]](#footnote-3)* |
| **Dane kontaktowe** (**adres zamieszkania)** |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica/nr budynku/nr lokalu, |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  |
| Wykonywany zawód |  |
| Zajmowane stanowisko |  |

**CZĘŚĆ C**

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | ODMOWA ODPOWIEDZI TAK NIE[[4]](#footnote-4) |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | ODMOWA ODPOWIEDZI TAK NIE |
| Osoba z niepełnosprawnościami | ODMOWA ODPOWIEDZI TAK NIE |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | ODMOWA ODPOWIEDZI TAK NIE |

**Deklaracja uczestnictwa w projekcie**

Ja, niżej podpisany/a *<****imię i nazwisko……………………………………………….****>* deklaruję gotowość do uczestnictwa w organizowanym szkoleniu w ramach projektu systemowego: ***„Profesjonalizacja kadr w zamówieniach publicznych”*** realizowanym przez Urząd Zamówień Publicznych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, oś priorytetowa II: Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, działanie 2.18: Wysokiej jakości usługi administracyjne.

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie, a dane przedstawione przeze mnie w formularzu zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu
i pozostają aktualne na dzień podpisania niniejszej deklaracji.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

**Wyrażam zgodę na:**

- umożliwienie rejestrowanie i nagrywania szkolenia, w tym mojego wizerunku (zdjęcie/obraz z kamery) oraz głosu (głos z mikrofonu) oraz imienia i nazwiska/inicjałów podczas dyskusji/czaty w trakcie trwania szkolenia,

-przekazanie adresu mailowego Wykonawcy zapewniającego obsługę techniczną szkolenia w formie online.

**Zgłaszam potrzebę zapewnienia tłumaczenia migowego podczas trwania szkolenia:**

Tak/Nie [[5]](#footnote-5)

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

**Miejscowość, data zgłoszenia się uczestnika do udziału w usłudze**

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

**Czytelny podpis uczestnika**

1. Zaznacz właściwą odpowiedź [↑](#footnote-ref-1)
2. jw. [↑](#footnote-ref-2)
3. jw. [↑](#footnote-ref-3)
4. Zaznacz właściwą odpowiedź [↑](#footnote-ref-4)
5. Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź [↑](#footnote-ref-5)