**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA PARTNERA**

do współpracy w zakresie realizacji projektu w ramach **Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności**, Komponent A *Odporność i konkurencyjność gospodarki*, Cel szczegółowy Komponentu A3. *Doskonalenie systemu edukacji, mechanizmów uczenia się przez całe życie w kierunku lepszego dopasowania do potrzeb nowoczesnej gospodarki, wzrostu innowacyjności, zwiększania transferu nowych technologii oraz zielonej transformacji*, Reforma A3.1. *Kadry dla nowoczesnej gospodarki – poprawa dopasowania umiejętności i kwalifikacji do wymogów rynku pracy w związku z wdrażaniem nowych technologii w gospodarce oraz zieloną i cyfrową transformacją*, Inwestycja A3.1.1. *Wsparcie rozwoju nowoczesnego kształcenia zawodowego, szkolnictwa wyższego oraz uczenia się przez całe życie*,

**pt.: “Zachodniopomorskie Spawalnicze Branżowe Centrum Umiejętności”.**

|  |
| --- |
| **I. INFORMACJA O PODMIOCIE** |
| **1. Nazwa podmiotu** |
| **2. Forma organizacyjna**  |
| **3. NIP** |
| **4. Regon** |
| **5. Numer KRS lub innego właściwego rejestru** |
| **6. Adres siedziby** |
| 6.1. Województwo |
| 6.2. Miejscowość |
| 6.3. Ulica |
| 6.4. Numer domu |
| 6.5. Numer lokalu |
| 6.6. Kod pocztowy |
| 6.7. Adres poczty elektronicznej/adres strony www |
| **7. Osoba uprawniona do podejmowania decyzji wiążących w imieniu partnera,** zgodnie z wpisem do właściwego rejestru lub ewidencji albo upoważnieniem lub pełnomocnictwem. *Jeżeli, zgodnie z dokumentami prawnymi określającymi funkcjonowanie podmiotu (np. statut, wpis do KRS, inne)/ do reprezentowania podmiotu konieczny jest podpis więcej niż jednej osoby, to wszystkie uprawnione osoby powinny być wskazane w punkcie 7 poprzez dodanie kolejnych ppkt. Jeżeli osoba opatrująca ofertę podpisem działa na podstawie pełnomocnictwa lub upoważnienia, to upoważnienie do reprezentowania podmiotu należy dołączyć do niniejszego formularza.* |
| 7.1. Imię |
| 7.2. Nazwisko |
| 7.3. Numer telefonu |
| 7.4. Adres poczty elektronicznej |
| **8. Osoba do kontaktów roboczych** |
| 8.1. Imię |
| 8.2. Nazwisko |
| 8.3. Numer telefonu |
| 8.4. Adres poczty elektronicznej |
| **II. ZAKRES MERYTORYCZNY** |
| **Wyszczególnienie** |  |
| **1.** | **Ogólna charakterystyka kandydata na partnera max. 3000 znaków.** |  |
| **2.** | **Zgodność działalności Partnera z celami partnerstwa max. 3000 znaków.** |  |
| **3.** | **Oferowany wkład Partnera w realizację projektu (zasoby) max. 4500 znaków.** |  |
| **4.** | **Kadra partnera zaangażowana do realizacji projektu (wykształcenie, doświadczenie zawodowe, uzyskane kwalifikacje - opis max. 3 najważniejszych, zaangażowanych w realizację projektu osób) max. 4500 znaków.** |  |
| **5.** | **Informacje o potencjale technicznym i finansowym, możliwym do zaangażowania na rzecz przygotowania i realizacji projektu oraz opis wkładu partnerstwa w zakresie osiągnięcia wskaźników rezultatu projektu max. 5000 znaków.**  |  |
| **6.** | **Proponowany zakres współpracy w kontekście przygotowania projektu i jego realizacji max. 1500 znaków.** |  |

| 3.2 | **Doświadczenie w realizacji****projektów/zadań o podobnym****charakterze. W opisie realizowanych projektów należy wskazać okres realizacji, cele, działania, rezultaty i budżet pozostający w dyspozycji oferenta. Należy wskazać projekty realizowane w okresie 5 lat poprzedzających złożenie niniejszej oferty. Należy wskazać uzasadnienie****dlaczego doświadczenie oferenta jest adekwatne do realizacji projektu, z uwzględnieniem dotychczasowej działalności prowadzonej:****– w obszarze wsparcia projektu,****– na rzecz grupy docelowej, do której skierowany będzie projekt oraz****– na określonym terytorium, którego będzie dotyczyć realizacja projektu,****a także****– wskazanie instytucji, które mogą****potwierdzić potencjał społeczny****oferenta** **max. 5500 znaków.** |  |
| --- | --- | --- |

| **III. Oświadczenia** |
| --- |
| Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym zgłoszeniu są zgodne z prawdą. |
| Oświadczam, że instytucja, którą reprezentuję nie zalega z uiszczaniem podatków, jak również z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami. |
| Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie podlega wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania, w tym wykluczeniu, o którym mowa w art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240, z późn. zm.). |
| Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie jest podmiotem powiązanym z Wnioskodawcą w rozumieniu Załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznymw zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z dnia 26.06.2014 r.). |
| Oświadczam, że wyrażam zgodę na udostępnienie informacji o wyborze instytucji, którą reprezentuję – w przypadku zaproszenia do negocjacji i/lub wyboru do pełnienia funkcji Partnera. |

| **IV. Załączniki** |
| --- |
| 1. Dokumenty potwierdzające status prawny podmiotu i umocowanie osób go reprezentujących *(wymienić)*:

--- (..) |
| 1. Inne *(wymienić*)

--- (…) |
| **Data wypełnienia formularza:** |
| **Podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do podejmowania decyzji wiążących:** |