**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA PARTNERA BRANŻOWEGO - OBOWIĄZKOWEGO**

**do współpracy w zakresie realizacji projektu, pn. „Branżowe Centrum Umiejętności kandydatów na kierowców zawodowych (branża transportu drogowego, dziedzina transport drogowy, zawody technik transportu drogowego   
i kierowca mechanik)” w ramach Konkursu, pn. „Utworzenie i wsparcie funkcjonowania 120 branżowych centrów umiejętności (BCU), realizujących koncepcję centrów doskonałości zawodowej (CoVEs)”, finansowanego ze środków Europejskiego Instrumentu na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności (Recovery and Resilience Facility - RRF)   
w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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: | | |
| 6.8. Adres strony internetowej: | | |
| **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 po przez 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 FORMALNY** | | |
| **Wyszczególnienie** | | **Opis** |
| **1.** | **Ogólna charakterystyka kandydata na partnera** | 1. Podmiot branżowy ma ogólnopolski zasięg działania określony w statucie (według stanu na 15 sierpnia 2022 r.):   TAK  NIE   1. Forma działalności Podmiotu:   organizacja lub stowarzyszenie pracodawców **albo**  samorząd gospodarczy lub inna organizacja gospodarcza **albo**  stowarzyszenie zrzeszające osoby wykonujące określony zawód lub zawody pokrewne **albo**  samorząd zawodowy zrzeszający osoby wykonujące określony zawód lub zawody pokrewne.   1. Podmiot działa na podstawie:   ustawy z dnia 7 kwietnia 1989 r. Prawo o stowarzyszeniach  (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 2261, z późn. zm.) **lub**  ustawy z dnia 30 maja 1989 r. o izbach gospodarczych  (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 579, z późn. zm.) **lub**  ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o organizacjach pracodawców (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 97, z późn. zm.) **lub**  ustawy z dnia 22 marca 1989 r. o rzemiośle  (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 2159, z późn. zm.). |
| **III. ZAKRES MERYTORYCZNY** | | |
| **1.** | **Zgodność działania kandydata na partnera z celami partnerstwa** | |
|  | | |

| **III. Oświadczenia** |
| --- |
| 1. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym zgłoszeniu są zgodne z prawdą. 2. Oświadczam, że posiadam aktualną wiedzę na temat działań na rzecz wdrażania polityki z zakresu kształcenia zawodowego w Polsce. 3. 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. 4. 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 (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1634 z późn. zm.). 5. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie jest podmiotem powiązanym z Wnioskodawcą w rozumieniu Załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z dnia 26.06.2014 r.). 6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na udostępnienie informacji o wyborze instytucji, którą reprezentuję - w przypadku zaproszenia do negocjacji i/lub wyboru do pełnienia funkcji Partnera. 7. Oświadczam, że w przypadku wyboru do pełnienia funkcji Partnera deklaruję współpracę z Gminą Włocławek - miastem na prawach powiatu (Ostateczny odbiorca wsparcia) podczas przygotowania przedsięwzięcia. |

|  |
| --- |
| **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:** |