**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA PARTNERA DODATKOWEGO 1**

**do współpracy w zakresie realizacji projektu, pn. „Branżowe Centrum Umiejętności w Wałbrzychu w dziedzinie Mechatroniki” 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.). |
| **2.** | **Kandydat posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie w realizacji szkoleń i / lub kursów w dziedzinie mechatroniki lub dziedzinach pokrewnych (np. eksploatacja urządzeń, instalacji i sieci)**  *(UWAGA - należy dołączyć stosowne dokumenty potwierdzające spełnienie kryterium, np. wykaz oferowanych i przeprowadzonych szkoleń)* | TAK  NIE |
| **3.** | **Kandydat na Partnera prowadzi Komisję Kwalifikacyjną powołaną decyzją Prezesa Urzędu Regulacji Energetyki na podstawie przepisów ustawy z dnia 10 kwietnia 1997 r. - Prawo energetyczne (Dz. U. z 2022 r., poz. 1385)**  *(UWAGA - należy dołączyć stosowne dokumenty potwierdzające spełnienie kryterium)* | TAK  NIE |
| **4.** | **Kandydat na Partnera jest podmiotem branżowym zrzeszającym inżynierów i/lub techników mechatroników i/lub mechaników oraz zawodów pokrewnych** | TAK  NIE |
| **5.** | **Kandydat na Partnera prowadzi udokumentowaną współpracę z co najmniej z co najmniej jedną szkołą branżową II stopnia / Technikum / Centrum Kształcenia Ustawicznego, prowadzącą kształcenie na kierunku technik mechatronik lub pokrewnym** *(UWAGA – należy dołączyć stosowne dokumenty potwierdzające spełnienie kryterium)* | TAK  NIE |
| **III. ZAKRES MERYTORYCZNY** | | |
| **1.** | **Zgodność działania kandydata na partnera z celami partnerstwa** | |
|  | | |
| **2.** | **Opis koncepcji udziału w Projekcie (w tym informacja nt. oferowanego wkładu partnera w realizację celu partnerstwa (ludzki, organizacyjny, techniczny i/lub finansowy), propozycja realizacji działań określonych w pkt. II ogłoszenia o naborze Partnera do projektu wraz z szacunkowym kosztem realizacji działań w ramach projektu podanym przez kandydata z możliwą dokładnością** | |
| **2a.** | **Opis koncepcji udziału w Projekcie (w tym informacja nt. oferowanego wkładu partnera w realizację celu partnerstwa (ludzki, organizacyjny, techniczny i/lub finansowy),** w tym wykaz osób określonych w pkt. III ogłoszenia o naborze Partnera, którymi dysponuje kandydat na partnera wraz z informacjami na temat ich liczby, kwalifikacji zawodowych, doświadczenia, wykształcenia oraz wskazaniem czynności jakie mogą realizować w Projekcie  Potencjał kadrowy, tym:  • informacje na temat kwalifikacji zawodowych, doświadczenia zawodowego oraz wykształcenia osób realizujących projekt,  • wskazanie sposobu wykorzystania potencjału kadrowego w ramach projektu.  - należy uwzględnić wyłącznie osoby, które na dzień składania zgłoszenia będą mogły być zaangażowane w realizację projektu | |
|  | |
| **2b.** | **Opis propozycji realizacji działań określonych w pkt. II ogłoszenia o naborze Partnera do projektu wraz z szacunkowym kosztem realizacji działań w ramach projektu podanym przez kandydata z możliwą dokładnością** | |
|  | |

| **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 Wałbrzych - 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:** |

*Niniejszą informację otrzymuje Pani/ Pan w związku z obowiązkami określonymi w art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej z dnia 14 maja 2016 r. L 119/1 ze zm. ) – dalej jako RODO:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | [URZĄD MIEJSKI W WAŁBRZYCHU](http://www.um.walbrzych.pl/)  [PL. MAGISTRACKI 1, 58-300 WAŁBRZYCH](http://www.um.walbrzych.pl/)  [TEL. 74/66 55 100, FAX 74/66 55 118](http://www.um.walbrzych.pl/)  [www.um.walbrzych.pl](http://www.um.walbrzych.pl/)  [www.bip.um.walbrzych.pl](http://www.bip.um.walbrzych.pl/) |
| **Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku z naborem Partnera do projektu** | | |
| **TOŻSAMOŚĆ I DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA** | Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Prezydent Miasta Wałbrzycha, Pl. Magistracki 1, 58 – 300 Wałbrzych, tel. 74 66 55 100, [um@um.walbrzych.pl](mailto:um@um.walbrzych.pl) | |
| **DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH** | Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować poprzez e - mail: [iodo@um.walbrzych.pl](mailto:iod@um.walbrzych.pl), telefonicznie pod numerem 74 665 53 59 lub pisemnie na adres siedziby administratora. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. | |
| **CELE PRZETWARZANIA** | Dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia naboru Partnera do projektu.  Dane osobowe w zakresie numeru telefonu i adresu e-mail będą przetwarzane w celu zapewnienia szybkiej komunikacji związanej z realizowanym naborem. | |
| **PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA** | Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie:  - art. 6 ust. 1 lit. e) RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi, na podstawie ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027,  - art. 6 ust. 1 lit a – dobrowolna zgoda w przypadku danych w zakresie numeru telefonu i adresu e-mail. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie. Podanie tych danych osobowych będzie traktowane jako zgoda na ich przetwarzanie. | |
| **ODBIORCY DANYCH** | Pani/Pana dane mogą zostać udostępniane podmiotom i osobom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Ponadto Pani/Pana dane mogą być ujawnione podmiotom, z którymi administrator zawarł umowę na świadczenie usług serwisowych dla systemów informatycznych wykorzystywanych przy ich przetwarzaniu, w tym firmie MADKOM S.A. | |
| **OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH** | Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okresy zgodne z kategoriami archiwalnymi, o których mowa w załączniku Nr 2 do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r. Nr 14, poz. 67). | |
| **PRAWA PODMIOTÓW DANYCH** | Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. W przypadku kiedy podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda,przysługuje Pani/Panu prawo do jej wycofania w dowolnym momencie. **Wycofanie zgody** nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. | |
| **PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO** | Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie dotyczących Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy prawa. | |
| **INFORMACJA O DOWOLNOŚCI LUB OBOWIĄZKU PODANIA DANYCH** | Podanie danych jest niezbędne w celu przeprowadzenia naboru na podstawie ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027,  Podanie danych osobowych w zakresie numeru telefonu i adresu e-mail jest dobrowolne nie podanie tych danych może uniemożliwić kontakt telefoniczny i za pośrednictwem poczty elektronicznej. | |