**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA PARTNERA BRANŻOWEGO - OBOWIĄZKOWEGO**

**do współpracy w zakresie realizacji projektu pn. „Branżowe Centrum Umiejętności w dziedzinie logistyki w Zespole Szkół Ponadpodstawowych im. Hipolita Cegielskiego w Ziębicach” 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** | | |
| **Nazwa podmiotu:** | | |
| **Forma organizacyjna:** | | |
| **NIP:** | | |
| **REGON:** | | |
| **Numer KRS lub innego właściwego rejestru:** | | |
| **Adres siedziby:** | | |
| Województwo: | | |
| Miejscowość: | | |
| Ulica: | | |
| Numer domu: | | |
| Numer lokalu: | | |
| Kod pocztowy | | |
| Adres poczty elektronicznej: | | |
| Adres strony internetowej: | | |
| **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.* | | |
| Imię: | | |
| Nazwisko: | | |
| Numer telefonu: | | |
| Adres poczty elektronicznej: | | |
| **Osoba do kontaktów roboczych:** | | |
| Imię: | | |
| Nazwisko: | | |
| Numer telefonu: | | |
| 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** | |
|  | | |
| **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, 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, w 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.** | **Proponowany zakres współpracy w zakresie realizacji przedsięwzięcia (etap Funkcjonowanie BCU):** opis działań możliwych do zrealizowania w ramach przedsięwzięcia we wszystkich czterech obszarach: działalność edukacyjno-szkoleniowa, działalność integrująco-wspierająca, działalność innowacyjno-rozwojowa, działalność doradczo-promocyjna. | |
|  | |
| **IV. KRYTERIA MERYTORYCZNE DODATKOWE** | | |
| **1.** | **Opis działalności oferenta w zakresie edukacyjno- szkoleniowym** | |
|  | |
| **2.** | **Opis doświadczenia w prowadzeniu szkoleń w dziedzinie logistyki (nazwa szkolenia, okres (od-do) prowadzenia szkolenia, liczba osób przeszkolonych w każdym szkoleniu)** | |
|  | |
| **3.** | **Opis współpracy w ostatnich trzech latach, licząc do daty ogłoszenia niniejszego naboru, ze szkołą lub placówką prowadzącą kształcenie zawodowe, np. w ramach katalogu form współpracy określonego w art. 68 ust. 7c ustawy – Prawo oświatowe (nazwa szkoły/placówki, krótki zakres współpracy, okres (od-do) trwania współpracy)** | |
|  | |

| **V. 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 Powiatem Ząbkowickim - (Ostateczny odbiorca wsparcia) podczas przygotowania przedsięwzięcia. |

|  |
| --- |
| **VI. 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:*

Inspektor Ochrony Danych w Starostwie Powiatowym w Ząbkowicach Śląskich, Sławomir Kozieł, e-mail: [iod@zabkowice-powiat.pl](mailto:iod@zabkowice-powiat.pl)

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w Starostwie Powiatowym w Ząbkowicach Śląskich:**

|  |  |
| --- | --- |
| **TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA** | Administratorem danych osobowych jest: Starosta Ząbkowicki z siedzibą  w Ząbkowicach Śląskich (57-200), przy ul. Sienkiewicza 11 |
| **DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA** | Z administratorem można się skontaktować poprzez adres email: starostwo@zabkowice-powiat.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora. |
| **DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH** | Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować poprzez email: iod@zabkowice-powiat.pl . Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych |
| **CELE PRZETWARZANIA I PODSTAWA PRAWNA** | Pani/Pana dane będą przetwarzane, gdy: 1. Jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze. 2. Jest to niezbędne do ochrony żywotnych interesów Pani/Pana, lub innej osoby fizycznej. 3. Jest to niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi. 4. Jest to niezbędne do wykonania umowy, której Pani/Pan jest stroną, lub do podjęcia działań na żądanie Pani/Pana, przed zawarciem umowy. 5. Wyrazi Pani/Pan zgodę na przetwarzanie swoich danych, w przypadku realizacji usług nie objętych wyżej wymienionymi podstawami. |
| **ODBIORCY DANYCH LUB KATEGORIE ODBIORCÓW DANYCH** | W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych w celach wskazanych powyżej, dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być: 1. Podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa. 2. Podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające). |
| **OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH** | Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych powyżej celów przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa. |
| **PRAWA PODMIOTÓW DANYCH** | Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, a także prawo do przenoszenia swoich danych. W przypadku przetwarzania Pani/Pana danych na podstawie zgody, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawia zgody przed jej cofnięciem. |
| **PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO** | Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w państwie członkowskim Pani/Pana zwykłego pobytu, miejsca pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia. Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) Adres: Stawki 2, 00-193 Warszawa Telefon: 22 860 70 86 |
| **INFORMACJA O DOWOLNOŚCI LUB OBOWIĄZKU PODANIA DANYCH** | Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w zakresie ujętym przepisami prawa, do których podania jest Pani/Pan zobowiązana, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych będzie skutkowało odmową realizacji usług. |