*Załącznik nr 3 do Regulaminu naboru do projektu*

**Deklaracja wyboru usług rozwojowych**

**do projektu pn. „Wsparcie osób dorosłych z subregionu centralnego województwa śląskiego w zakresie nabywania zielonych kompetencji/kwalifikacji”**

**numer projektu: FESL.10.17-IP.02-076B/23**

**Beneficjent:** **Górnośląski Akcelerator Przedsiębiorczości Rynkowej sp. z o.o.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RODZAJ DEKLARACJI** (zaznaczyć właściwy kwadrat) | | |
| * zgłoszeniowa | | * korygująca |
| **INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ DOKUMENT** | | |
| Data wpływu |  | |
| Czy deklaracja została złożona w wymaganym terminie (wskazanym w regulaminie naboru §3 ust. 6) | ⬜ **TAK** ⬜ **NIE** | |
| Numer umowy uczestnictwa |  | |

**UWAGA!!! Należy wypełnić każde pole, w przypadku braku danych wpisać „nie dotyczy” lub wykreślić pola**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE** | | | | | | | | | | | | |
| Imię |  | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | | | | | | |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | * brak nr PESEL |
| Typ i nr dokumentu (dotyczy w przypadku braku PESEL) |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJA DOTYCZĄCA USŁUGI ROZWOJOWEJ[[1]](#footnote-2)** | | | |
| Tytuł usługi |  | | |
| Numer usługi z Bazy Usług Rozwojowych |  | | |
| Nazwa podmiotu świadczącego usługę (dostawcy usług) |  | | |
| Lokalizacja usługi |  | | |
| Termin realizacji usługi |  | | |
| Cena usługi |  | | |
| Uzasadnienie niemożności wykonania usługi na terenie województwa śląskiego (jeśli dotyczy) |  | | |
| Usługa prowadzi do zdobycia kwalifikacji | | ⬜ **TAK** | ⬜ **NIE** |
| Zakres tematyczny usługi powiązany jest z obszarami technologicznymi wskazanymi w Regionalnej Strategii Innowacji Województwa Śląskiego 2030 oraz Programem Rozwoju Technologii Województwa Śląskiego na lata 2019-2030, w szczególności związanych z zieloną i cyfrową gospodarką. | | ⬜ TAK | ⬜ NIE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OŚWIADCZENIA** | | |
| Oświadczam, że nie otrzymałem dofinansowania lub też nie ubiegam się o dofinansowanie tej samej usługi/usług rozwojowych (dot. numeru usługi) u innego Operatora. | ⬜ **TAK** | ⬜ **NIE** |
| Oświadczam, że usługa rozwojowa/usługi rozwojowe odbywa się poza moim miejscem pracy i poza godzinami pracy lub w dni wolne od pracy | ⬜ **TAK** | ⬜ **NIE** |
| Oświadczam, że usługa rozwojowa/usługi rozwojowe nie będzie świadczona przez podmiot na rzecz swoich pracowników. | ⬜ **TAK** | ⬜ **NIE** |
| Oświadczam, że usługa rozwojowa/usługi rozwojowe nie będzie świadczona przez podmiot powiązany kapitałowo lub osobowo w rozumieniu Regulaminu naboru do projektu, tj. pomiędzy mną a dostawcą usługi, nie występuje powiązanie polegające na:   1. udziale w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej; 2. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji spółki; 3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta lub pełnomocnika; 4. pozostawaniu w stosunku prawnym lub faktycznym, który może budzić uzasadnione wątpliwości co do bezstronności w wyborze dostawcy usługi, w szczególności pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej albo w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli. | ⬜ **TAK** | ⬜ **NIE** |
| Oświadczam, że nie mam wiedzy, że usługa rozwojowa/usługi rozwojowe będzie świadczona przez podmiot pełniący funkcję operatora lub partnera w projekcie albo przez podmiot powiązany z operatorem lub partnerem kapitałowo lub osobowo | ⬜ **TAK** | ⬜ **NIE** |
| Oświadczam, że nie mam wiedzy, że usługa rozwojowa/usługi rozwojowe będzie świadczona przez podmiot pełniący funkcję operatora lub partnera operatora PSF w którymkolwiek regionalnym programie lub w programie Fundusze Europejskie na Rozwój Społeczny. | ⬜ **TAK** | ⬜ **NIE** |
| Oświadczam, że wskazana wyżej usługa/usługi rozwojowe została wybrana za pośrednictwem Bazy Usług Rozwojowych i ma zaznaczoną opcję „możliwość dofinansowania”. | ⬜ **TAK** | ⬜ **NIE** |
| Oświadczam, że jestem świadomy, iż rozliczone mogą zostać tylko usługi, na które został dokonany zapis za pośrednictwem Bazy Usług Rozwojowych z wykorzystaniem nadanego przez Operatora ID wsparcia. | ⬜ **TAK** | ⬜ **NIE** |

……………………………………..………………………………………

Data i czytelny podpis

**UWAGA**

Podpis musi pozwalać na jednoznaczną identyfikację osoby, która go złożyła, tj. zawierać możliwe do odczytania nazwisko osoby składającej podpis. Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji (faksymile) w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego.

**ZAŁĄCZNIKI** (należy zaznaczyć właściwy załącznik, jeżeli jest dołączony do Deklaracji wyboru usług rozwojowych):

|  |  |
| --- | --- |
| ⬜ | 1. Karta Usługi, w której będzie brał udział zgłaszany Uczestnik, wygenerowana z Bazy Usług Rozwojowych (**liczba Kart** ……) |
| ⬜ | 1. Wydruki z BUR dokumentujące przeprowadzenie postępowania „Zapotrzebowanie na usługi” (jeśli dotyczy) / (**liczba Wydruków** ……). |

1. W przypadku większej liczby usług rozwojowych tabelę należy powielić i wypełnić oddzielnie dla każdej usługi. [↑](#footnote-ref-2)