

## Deklaracja wyboru usług rozwojowych

do projektu pn. „Śląska Oferta Rozwoju Kwalifikacji i Kompetencji - subregion centralny”

numer projektu: **FESL.10.17-IP.02- OBA9/24**

Beneficjent: **KRAJOWE CENTRUM PRACY**

**SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ**

|                                                                                                |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>RODZAJ DEKLARACJI</b> (zaznaczyć właściwy kwadrat)                                          |                                                           |
| <input type="checkbox"/> zgłoszeniowa                                                          | <input type="checkbox"/> korygująca                       |
| <b>INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ DOKUMENT</b>                                  |                                                           |
| Data wpływu                                                                                    |                                                           |
| Czy deklaracja została złożona w wymaganym terminie (wskazanym w regulaminie naboru §3 ust. 6) | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Numer umowy uczestnictwa                                                                       |                                                           |

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

| DANE OSOBOWE                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                        |
|------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------|
| Imię                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                        |
| Nazwisko                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                        |
| PESEL                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> brak nr PESEL |
| Typ i nr dokumentu (dotyczy w przypadku braku PESEL) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                        |

| INFORMACJA DOTYCZĄCA USŁUGI ROZWOJOWEJ <sup>1</sup> |  |
|-----------------------------------------------------|--|
| Tytuł usługi                                        |  |
| Numer usługi z Bazy Usług Rozwojowych               |  |
| Nazwa podmiotu świadczącego usługę (dostawcy usług) |  |
| Lokalizacja usługi                                  |  |
| Termin realizacji usługi                            |  |
| Cena usługi                                         |  |

<sup>1</sup> W przypadku większej liczby usług rozwojowych tabelę należy powielić i wypełnić oddzielnie dla każdej usługi.



|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Uzasadnienie niemożności wykonania usługi na terenie województwa śląskiego (jeśli dotyczy)                                                                                                                                                                                          |                                                           |
| Usługa prowadzi do zdobycia kwalifikacji                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> 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. | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Oświadczam, że usługa rozwojowa/usługi rozwojowe nie będzie świadczona przez podmiot na rzecz swoich pracowników.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) udziale w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;</li> <li>b) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji spółki;</li> <li>c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta lub pełnomocnika;</li> <li>d) 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.</li> </ul> | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Oświadczam, że nie jestem pracownikiem podmiotu realizującego usługę rozwojową/ usługi rozwojowe, o których dofinansowanie się ubiegam.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Oświadczam, że usługa rozwojowa/usługi rozwojowe nie będzie świadczona przez podmiot pełniący funkcję operatora lub partnera operatora PSF w którymkolwiek regionalnym programie lub w programie Fundusze Europejskie na Rozwój Społeczny.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Oświadczam, że wskazana wyżej usługa/usługi rozwojowe została wybrana za pośrednictwem Bazy Usług Rozwojowych i ma zaznaczoną opcję „możliwość dofinansowania”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

.....  
Data i czytelny podpis



Fundusze Europejskie  
dla Śląskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Województwo  
Śląskie

#### 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):

|                          |                                                                                                                                             |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Karta Usługi, w której będzie brał udział zgłaszany Uczestnik, wygenerowana z Bazy Usług Rozwojowych ( <b>liczba Kart .....</b> )        |
| <input type="checkbox"/> | 2. Wydruki z BUR dokumentujące przeprowadzenie postępowania „Zapotrzebowanie na usługi” (jeśli dotyczy) / ( <b>liczba Wydruków .....</b> ). |