**FORMULARZ ZGŁOSZENIA PARTNERA**

**do wspólnej realizacji projektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus**

**w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027,**

**Działanie 03.01 Dostępność szkolnictwa wyższego, typ projektu: Zapewnienie osobom z niepełnosprawnościami możliwości skorzystania z oferty szkolnictwa wyższego**

|  |
| --- |
| **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 MERYTORYCZNY** | | | | | | | |
| **1.** | **Ogólna charakterystyka kandydata na partnera w tym zgodność działania podmiotu z celami partnerstwa** | | | | | | |
| 1.1 |  | | | | | | |
| **2.** | **Deklarowany wkład podmiotu w realizację celu partnerstwa** | | | | | | |
| 2.1 | **Potencjał kadrowy, tj. informacja na temat kwalifikacji zawodowych, doświadczenia zawodowego oraz wykształcenia osób realizujących projekt**  **Oferent oświadcza, że:**   * dysponuje zespołem specjalistów z obszarów dostępności: specjalista z zakresu edukacji włączającej z doświadczeniem we wspieraniu uczących się osób niepełnosprawnych * dysponuje zespołem specjalistów z obszarów dostępności: psycholog * dysponuje zespołem specjalistów z obszarów dostępności: specjaliści z zakresu rehabilitacji (fizjoterapeuci, lekarze rehabilitacji) * dysponuje zespołem specjalistów z obszarów dostępności: tyflospecjaliści * dysponuje zespołem specjalistów z obszarów dostępności: specjaliści z zakresu dostępności architektonicznej * dysponuje zespołem specjalistów z obszarów dostępności: specjaliści z zakresu dostępności cyfrowe * dysponuje zespołem specjalistów z doświadczenie w realizacji projektów unijnych , w tym co najmniej jedna osoba, która w ciągu ostatnich 3 lat zarządzała projektem unijnymi o wartości co najmniej 1 mln   *- należy uwzględnić wyłącznie osoby, które na dzień składania zgłoszenia będą mogły być zaangażowane w realizację projektu*  *- informacje należy zawrzeć w tabeli nr 4 Formularza* | | | | | | |
| 2.2 | **Potencjał organizacyjny**  informacja na temat potencjału organizacyjnego rozumianego jako prowadzenie działalności nieograniczonej zakresem działania do jednej uczelni i wyłącznie na rzecz osób z jedną wskazaną niepełnosprawnością | | |  | | | |
| 2.3 | **Potencjał finansowy**  **(**obligatoryjnie informacja o wniesieniu wkładu własnego) | | |  | | | |
| 2.4 | **Potencjał techniczny*,* w tym:**  sprzęt i warunki lokalowe, sposób jego wykorzystania w ramach projektu  *-należy uwzględnić wyłącznie zasoby, które na dzień składania oferty będą mogły być zaangażowane w realizację projektu* | | |  | | | |
| **3.** | **Deklarowany zakres współpracy w trakcie przygotowania projektu oraz koncepcja proponowanych działań do realizacji przez partnera** | | |  | | | |
| **4.** | **Potencjał kadrowy Oferenta (wykaz osób w ramach poszczególnych obszarów dostępności). Należy uzupełnić w uwzględnieniem specjalistów wykazanych punkcie 2.1 Formularza** | | | | | | |
| **Lp.** | Rodzaj specjalizacji/stanowiska | | Imię i nazwisko specjalisty/doświadczenie/ kwalifikacje zawodowe/wykształcenie | | | Sposób dysponowania osobą (umowa o pracę/u. c-p. / wolontariat) | |
| 1. |  | |  | | |  | |
| 2. |  | |  | | |  | |
| 3. |  | |  | | |  | |
| 4. |  | |  | | |  | |
| **5.** | **Doświadczenie kandydata na partnera w realizacji projektów zbieżnych z celami partnerstwa. Wykaz realizowanych prac/zamówień/projektów** | | | | | | |
| **Lp.** | Nazwa  Projektu (w sytuacji projektów partnerskich z uczelniami wskazać nazwę uczelni | Charakterystyka (np. grupa docelowa, rodzaj działań) | Rezultaty, produkty( w tym wskazanie liczby osób z niepełnopsrawnościami) | | Okres realizacji projektu | Wartość projektu | Projekt dofinansowany ze środków UE (tak/nie) |
| **1.** |  |  |  | |  |  |  |
| **2.** |  |  |  | |  |  |  |
| **3.** |  |  |  | |  |  |  |
| **4.** |  |  |  | |  |  |  |

| **III. OŚWIADCZENIA** |
| --- |
| 1. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym zgłoszeniu są zgodne z prawdą oraz jestem świadomy odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych. |
| 2. Oświadczam, że podmiot, który 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. |
| 3. 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 (t.j. Dz. U. z 2023, poz. 1270 z późn.zm.). |
| 4. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz. U. z 2023, poz. 1497). |
| 5. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie jest podmiotem powiązanym z Wnioskodawcą w rozumieniu Załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznymw zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z dnia 26.06.2014 r., str. 1, z późn. zm.). |
| 6.Wyrażam zgodę na przetwarzanie osobowych zawartych w ofercie wyłącznie do celów przeprowadzenia procedury konkursu na wybór partnera zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r . o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1206). |
| 7. Wyrażam zgodę na udostępnienie informacji o wyborze podmiotu, który reprezentuję – w przypadku wyboru do pełnienia funkcji partnera. |

| **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:** |