

¹ 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

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: a) udziale w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej; b) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji spółki; c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta lub pełnomocnika; 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.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że usługa rozwojowa/usługi rozwojowe nie będzie świadczona przez podmiot pełniący funkcję operatora lub partnera w projekcie albo przez podmiot powiązany z operatorem lub partnerem kapitałowo lub osobowo.	<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 (liczba Kart)
<input type="checkbox"/>	2. Wydruki z BUR dokumentujące przeprowadzenie postępowania „Zapotrzebowanie na usługi” (jeśli dotyczy) / (liczba Wydruków).