

**Deklaracja wyboru usług rozwojowych  
do projektu pn. „Przepis na Rozwój - kompetencje i kwalifikacje dla sprawiedliwej  
transformacji Subregionu Południowego”**

**numer projektu: FESL.10.17-IP.02-0B8A/24**

**Beneficjent: HRP GRANTS Sp. z o.o.**

RODZAJ DEKLARACJI (zaznaczyć właściwy kwadrat)	
<input type="checkbox"/> zgłoszeniowa	<input type="checkbox"/> korygująca
INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ DOKUMENT	
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 odbywa się poza moim miejscem pracy i poza godzinami pracy lub w dni wolne od pracy	<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
<p>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:</p> <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 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	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> 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.	<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



Fundusze Europejskie  
dla Śląskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Województwo  
Śląskie

.....  
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):

<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> ).