*Załącznik nr 1 do Ogłoszenia*

|  |
| --- |
| **INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ INSTYTUCJĘ PRZYJMUJĄCĄ ZGŁOSZENIE** |
| Data przyjęcia zgłoszenia: |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA PARTNERA DO PROJEKTU**

w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027

nr naboru **FEDS.07.10-IP.02-053/23**

**Działanie 7.10 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych – ZIT**

**Typ 7.10 A Rozwój usług świadczonych w społeczności lokalnej**

**Typ 7.10 D Wsparcie dla kadr instytucji pomocy i integracji społecznej oraz systemu opieki długoterminowej**

**I. PODSTAWOWE DANE ZGŁASZAJĄCEGO**

1. Nazwa Podmiotu: …………………………………………………..……………………...

2. Status prawny:……………………………………………………………………………...

3. NIP: ……..…………………………………………………………………………………...

4. REGON: .……………………………………………………………………………………

5. Adres siedziby:

Ulica: ..………………………………………………………………………………………….

Nr domu: …..…………………………….. nr lokalu: ………………………………………..

Kod pocztowy: ……………………………… Miejscowość: ……………………………….

Telefon: ………………………………………………………………………………………...

e-mail: ..………………………………………………………………………………………...

6. Osoba do kontaktu:

Imię i nazwisko: .………………………………………………………………………………

Numer telefonu: ..……………………………………………………………………………...

e-mail: …………..……………………………………………………………………………...

**II. SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE**

1. Zgodność działania potencjalnego Partnera z celami partnerstwa, w tym w szczególności posiadanie odpowiednich zapisów w dokumentach statutowych:

1) *zgodność działania z celami partnerstwa*

………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………

2) *zapisy w dokumentach statutowych*

………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………

2. Oferowany wkład potencjalnego Partnera w realizację Projektu:

1. *zaplecze techniczne*

…………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………

1. *zaplecze lokalowe*

…………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………

1. *kadra zaangażowana w realizację programu, kwalifikacje, doświadczenie*

………………………………………………………….………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………

3. Doświadczenie w realizacji projektów współfinansowanych ze środków EFS o podobnym charakterze na przestrzeni ostatnich 2 lat:

*1) Rodzaje programów/ projektów/zadań zakres tematyczny*

…………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………

*2) Ilość programów/ projektów/zadań*

………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………

*3) Ilość osób objętych działaniami w ramach programów/ projektów/zadań*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………

4. Propozycja udziału potencjalnego Partnera w Projekcie (opis działań wraz z uzasadnieniem i szacunkowym kosztem realizacji działań).

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………

**III. OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że Podmiot, który reprezentuję nie został skazany prawomocnym wyrokiem za przestępstwo składania fałszywych zeznań, przekupstwa, przeciwko mieniu, wiarygodności dokumentów, obrotowi pieniędzmi i papierami wartościowymi, obrotowi gospodarczemu, systemowi bankowemu, karnoskarbowe albo inne związane z wykonywaniem działalności gospodarczej lub popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych.
3. Oświadczam, że osoby działające w imieniu Podmiotu nie zostały skazane prawomocnym wyrokiem za przestępstwo popełnione w związku z próbą pozyskania środków publicznych lub w związku z gospodarowaniem takimi środkami – przez okres 3 lat od dnia uprawomocnienia się wyroku.
4. Oświadczam, że Podmiot, który reprezentuję nie zalega z uiszczaniem podatków, jak również z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami.
5. Oświadczam, że wobec Podmiotu, który reprezentuję, nie została ogłoszona decyzja o upadłości.
6. Oświadczam, że Podmiot, który reprezentuję nie jest w trakcie rozwiązywania działalności, nie znajduje się pod zarządem komisarycznym, nie znajduje się w toku likwidacji, postępowania upadłościowego, postępowania naprawczego, nie zawiesił prowadzenia działalności lub nie znajduje się w innej, podobnej sytuacji wynikającej z przepisów prawa.
7. Oświadczam, że Podmiot, który reprezentuję, spełnia wszystkie wymogi stawiane Partnerowi wybieranemu przez Gminę Kąty Wrocławskie w niniejszym ogłoszeniu.
8. Deklaruję udział w realizacji Projektu.
9. Wyrażam zgodę na upublicznienie informacji o wyborze mojej instytucji do pełnienia  funkcji partnera w projekcie.

|  |
| --- |
| Data wypełnienie formularza: |
| Pieczęć i podpis osób uprawnionych do reprezentowania Podmiotu |