



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA PODMIOTU DO PROJEKTU

„DOBRE PRAKTYKI ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH W ZAKRESIE WSPIERANIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI” nr FERS.04.12-IP.04-0014/24

Uwaga:

Wymagane jest wypełnienie **wszystkich białych pól i/lub zaznaczenie znakiem „x”** właściwej odpowiedzi. Formularz zgłoszeniowy należy opatrzyć **czytelnym podpisem** w wyznaczonym miejscu. Formularz należy **wypełnić czytelnie**, DRUKOWANYMI literami. Wnioski niekompletne będą odrzucane z przyczyn formalnych.

L.p.	DANE PODSTAWOWE		
1.	NAZWA INSTYTUCJI		
2.	NIP		
TYP INSTYTUCJI			
3.	☐ podmiot ekonomii społecznej w tym ☐ organizacja pozarządowa Organizacja pozarządowa w rozumieniu art. 3 ust. 2 Ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego		
ADRES SIEDZIBY			
4.	Kraj:	województwo:	powiat:
	gmina:	kod pocztowy:	mięscowość:
KONTAKT TELEFONICZNY I E-MAILOWY			
5.	telefon kontaktowy:		adres e-mail:
IMIONA I NAZWISKA OSÓB DELEGOWANYCH DO UDZIAŁU W PROJEKCIE			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			



OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym Formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu „Dobre praktyki organizacji pozarządowych w zakresie wspierania osób z niepełnosprawnościami” i akceptuję zawarte w nim warunki.
3. Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 oraz z budżetu państwa.
4. Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
5. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń do Realizatora projektu.
6. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości zgłaszania do Instytucji Zarządzającej (Minister właściwego do spraw rozwoju regionalnego) lub Instytucji Pośredniczącej (Kancelaria Prezesa Rady Ministrów) podejrzania o niezgodności Projektu lub działań Beneficjenta z Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych sporządzoną w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169, z późn. zm.)
7. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Realizatora projektu o wszelkich zmianach dotyczących danych podanych przeze mnie w niniejszym formularzu.
8. **Realizatorem projektu jest Europejski Dom Spotkań – Fundacja Nowy Staw, ul. 3 Maja 18/5a, 20-078 Lublin.**

.....
miejscowość, data

.....
Podpis osoby/osób uprawnionych do reprezentowania instytucji zgodnie z zasadami reprezentacji

.....
pieczęć instytucji