1. **Formularz zgłoszenia kwalifikacji DO OPISANIA W RAMACH PROJEKTU**

**„WSPIERANIE REALIZACJI I ETAPU WDRAŻANIA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU KWALIFIKACJI NA POZIOMIE ADMINISTRACJI CENTRALNEJ ORAZ INSTYTUCJI NADAJĄCYCH KWALIFIKACJE I ZAPEWNIAJĄCYCH JAKOŚĆ NADAWANIA KWALIFIKACJI”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa podmiotu zgłaszającego** |  |
| **Dane teleadresowe** | Kod pocztowy i miejscowość:  Ulica, numer budynku i lokalu:  Numer telefonu:  Adres e-mail:  Strona www (opcjonalnie): |
| **Osoba do kontaktu** | Imię i nazwisko:  Numer telefonu:  Adres e-mail: |
| **Nazwy kwalifikacji zgłaszanych do opisania** | 1.  2.  3.  … |
| **Proponowany skład zespołu, który będzie pracował nad opisem kwalifikacji**  (imiona i nazwiska  od 3 do 5 osób) | |  |  | | --- | --- | | Nazwa kwalifikacji | Proponowany skład zespołu opisującego | | 1. | 1.  2.  3.  4.  5. | | 2. | 1.  2.  3.  4.  5. | | 3. | 1.  2.  3.  4.  5. | |
| **Wskazanie instytucji gotowej(ych) podjąć się pełnienia roli instytucji certyfikującej** | Nazwa:  NIP:  Osoba do kontaktu:  Numer telefonu:  Adres e-mail:  Krótki opis potencjału oraz doświadczeń umożliwiających pełnienie roli instytucji certyfikującej dla zgłaszanej kwalifikacji: |

………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………

*(miejscowość, data) (imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu, podpis)*

Uzupełnienie niniejszego zgłoszenia stanowią:

* Informacje o kwalifikacji zgłaszanej do wsparcia w projekcie
* Informacje o członkach zespołu opisującego kwalifikacje