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