**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

***Prosimy o wypełnienie formularza elektronicznie, a następnie wydrukowanie i czytelne podpisanie.***

**Warsztat z Oceny Efektywności połączony z krajową wizytą studyjną w ramach projektu pn. „Rozwój partnerstwa publiczno-prywatnego w Polsce”**

**Termin: 23-24 listopada 2021 r.**

**Miejsce: Mława**

**Dane projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| Numer umowy | POWR.02.18.00-00-0096/16 |
| Nazwa beneficjenta | Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej |
| Nazwa partnera projektu  | Konsorcjum Konfederacji Lewiatan i Fundacji Centrum PPP |
| Tytuł projektu | „Rozwój partnerstwa publiczno-prywatnego w Polsce” realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego |
| Okres realizacji projektu | czerwiec 2016 - grudzień 2021 |

**Dane osoby zgłaszającej się na wizytę (uczestnika projektu)**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Stanowisko/funkcja |  |
| Miasto |  |
| Rodzaj kwalifikowanej jednostki organizacyjnej o której mowa w § 3 pkt. 1 Regulaminu |  |
| Nazwa urzędu lub jednostki organizacyjnej |  |
| Adres urzędu lub jednostki organizacyjnej |  |
| NIP urzędu lub jednostki organizacyjnej |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres email |  |
| Informacja o specjalnych potrzebach, w tym m.in. niepełnosprawność, specjalna dieta itp.: |  |

**Warunki kwalifikacji uczestnika**

|  |
| --- |
| Proszę opisać przedsięwzięcie inwestycyjne planowane do realizacji w formule PPP w ramach prac jednostki publicznej w której zatrudniony/a jest kandydat/ka na uczestnika.  |
| Wskaż na jakim poziomie przygotowania znajduje się przedsięwzięcie PPP – zaznacz właściwe 1. Pomysł
2. Poszukiwanie doradcy
3. Analizy przedrealizacyjne
4. Market testing/dialog techniczny
5. Przygotowanie do wszczęcia postępowania
 |
| Proszę uzasadnić dlaczego to właśnie Pan/Pani powinni jechać na tę konkretną wizytę studyjną. Wskaż swoją rolę w, planowanym przez Państwa jednostkę, przedsięwzięciu PPP |

* **(do zaznaczenia)**

|  |  |
| --- | --- |
| □ |  Akceptuję Regulamin warsztatu z Oceny Efektywności połączonego z krajową wizytą studyjną w ramach projektu "Rozwój partnerstwa publiczno-prywatnego w Polsce" (**pole obowiązkowe**) |
| □ | Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie podanym w niniejszym formularzu oraz danych osobowych gromadzonych w związku i w celu przesyłania treści, wymiany informacji oraz obsługi korespondencji.Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, że: Administratorem jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa, e-mail: kancelaria@mfipr.gov.pl.Kontakt do Inspektora Ochrony Danych (IOD): IOD@mfipr.gov.plDane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu *Rozwój partnerstwa publiczno-prywatnego w Polsce*, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 i zostały powierzone do przetwarzania Fundacji Centrum PPP, ul. Zbyszka Cybulskiego 3, 00-727 Warszawa, będącej partnerem projektu. Dane osobowe mogą zostać ujawnione właściwym organom, upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem. Podanie danych osobowych jest dobrowolne i jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia: prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Osobie, która wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego w sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.Moje dane osobowe przekazywane są przeze mnie dobrowolnie.Zostałem/łam poinformowany/na o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania. (**pole obowiązkowe**) |

Data i podpis osoby zgłaszającej się ………………………………………………………………………

Data i podpis przełożonego/przełożonej osoby zgłaszającej się ………………………………………………………………………