

¹ W przypadku większej liczby usług rozwojowych tabelę należy powielić i wypełnić oddzielnie dla każdej usługi.



Uzasadnienie niemożności wykonania usługi na terenie województwa śląskiego (jeśli dotyczy)		
Usługa prowadzi do zdobycia kwalifikacji	☐ TAK	☐ NIE
Zakres tematyczny usługi powiązany jest z obszarami technologicznymi wskazanymi w Regionalnej Strategii Innowacji Województwa Śląskiego 2030 oraz Programem Rozwoju Technologii Województwa Śląskiego na lata 2019-2030, w szczególności związanych z zieloną i cyfrową gospodarką.	☐ TAK	☐ NIE

OŚWIADCZENIA		
Oświadczam, że nie otrzymałem dofinansowania lub też nie ubiegam się o dofinansowanie tej samej usługi/usług rozwojowych (dot. numeru usługi) u innego Operatora.	☐ TAK	☐ NIE
Oświadczam, że usługa rozwojowa/usługi rozwojowe odbywa się poza moim miejscem pracy i poza godzinami pracy lub w dni wolne od pracy	☐ TAK	☐ NIE
Oświadczam, że usługa rozwojowa/usługi rozwojowe nie będzie świadczona przez podmiot na rzecz swoich pracowników.	☐ TAK	☐ NIE
Oświadczam, że usługa rozwojowa/usługi rozwojowe nie będzie świadczona przez podmiot powiązany kapitałowo lub osobowo w rozumieniu Regulaminu naboru do projektu, tj. pomiędzy mną a dostawcą usługi, nie występuje powiązanie polegające na: a) udziale w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej; b) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji spółki; c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta lub pełnomocnika; d) pozostawaniu w stosunku prawnym lub faktycznym, który może budzić uzasadnione wątpliwości co do bezstronności w wyborze dostawcy usługi, w szczególności pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej albo w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.	☐ TAK	☐ NIE
Oświadczam, że nie mam wiedzy, że usługa rozwojowa/usługi rozwojowe będzie świadczona przez podmiot pełniący funkcję operatora lub partnera w projekcie albo przez podmiot powiązany z operatorem lub partnerem kapitałowo lub osobowo	☐ TAK	☐ NIE
Oświadczam, że nie mam wiedzy, że usługa rozwojowa/usługi rozwojowe będzie świadczona przez podmiot pełniący funkcję operatora lub partnera operatora PSF w którymkolwiek regionalnym programie lub w programie Fundusze Europejskie na Rozwój Społeczny.	☐ TAK	☐ NIE
Oświadczam, że wskazana wyżej usługa/usługi rozwojowe została wybrana za pośrednictwem Bazy Usług Rozwojowych i ma zaznaczoną opcję „możliwość dofinansowania”.	☐ TAK	☐ NIE
Oświadczam, że jestem świadomy, iż rozliczone mogą zostać tylko usługi, na które został dokonany zapis za pośrednictwem Bazy Usług Rozwojowych z wykorzystaniem nadanego przez Operatora ID wsparcia.	☐ TAK	☐ NIE



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

.....
Data i czytelny podpis

UWAGA

Podpis musi pozwalać na jednoznaczną identyfikację osoby, która go złożyła, tj. zawierać możliwe do odczytania nazwisko osoby składającej podpis. Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji (faksymile) w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego.

ZAŁĄCZNIKI (należy zaznaczyć właściwy załącznik, jeżeli jest dołączony do Deklaracji wyboru usług rozwojowych):

☐	1. Karta Usługi, w której będzie brał udział zgłaszany Uczestnik, wygenerowana z Bazy Usług Rozwojowych (liczba Kart)
☐	2. Wydruki z BUR dokumentujące przeprowadzenie postępowania „Zapotrzebowanie na usługi” (jeśli dotyczy) / (liczba Wydruków).