**Wniosek**

**o dołączenie do projektu organizatora transportu zbiorowego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data wpływu wniosku** |  |

Proszę o zakwalifikowanie mnie do Projektu „Szkolenia dla pracowników sektora transportu zbiorowego w zakresie potrzeb osób o szczególnych potrzebach, w tym osób z niepełnosprawnościami”, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DANE PROJEKTU** | |
| Priorytet, w ramach którego realizowany jest Projekt | Oś priorytetowa II – Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki  i edukacji |
| Działanie, w ramach którego realizowany jest projekt | Działanie 2.6 – Wysoka jakość polityki na rzecz włączenia społecznego i zawodowego osób niepełnosprawnych |
| Beneficjent | Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych |
| Okres realizacji | 1 lipca 2019 r. – 30 września 2023 r. |
| Numer Projektu | POWR.02.06.00-00-0063/19 |
| Tytuł Projektu | Szkolenia dla pracowników sektora transportu zbiorowego w zakresie potrzeb osób o szczególnych potrzebach, w tym osób z niepełnosprawnościami |
| Miejsce realizacji | Cała Polska |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **DANE WNIOSKODAWCY** | | | |
| Nazwa |  | | |
| Numer NIP |  | Numer REGON |  |
| 1. **DANE TELEADRESOWE** | | | |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Powiat |  | Gmina |  |
| Województwo |  | | |
| Ulica |  | Numer ulicy/lokalu |  |
| Telefon kontaktowy |  | Adres e-mail |  |
| 1. **DANE TELEADRESOWE DO KORESPONDENCJI[[1]](#footnote-1)** | | | |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Powiat |  | Województwo |  |
| Ulica |  | Numer ulicy/lokalu |  |
| Telefon kontaktowy |  | Adres e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **UZASADNIENIE WNIOSKU** | |
| Krótkie uzasadnienie wniosku, ukazujące trudności związane z obsługą osób  o szczególnych potrzebach w zakresie działalności |  |

Załączniki do wniosku:

1. Wykaz uczestników objętych wnioskiem
2. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych
3. Kwestionariusze osobowe Uczestników objętych wnioskiem
4. Pełnomocnictwo do reprezentacji i/lub składania oświadczeń i/lub zaciągania zobowiązań w imieniu organizatora transportu zbiorowego

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *Miejscowość, data* |  | *Wnioskodawca* |

1. Wypełnić tylko jeśli dane do korespondencji są inne niż wskazane w danych teleadresowych w części 3. [↑](#footnote-ref-1)