……………………… …………………….…….

 (pieczęć instytucji) (miejscowość, data)

# POTWIERDZENIE ZGŁOSZENIA PRZEZ JEDNOSTKĘ ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ

## Część I Dane Projektu

**Nazwa Beneficjanta:** Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego

**Partnerzy:** Polski Związek Głuchych, Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną

**Tytuł projektu:** DOSTĘPNA ADMINISTRACJA PUBLICZNA - SZKOLENIA DLA KADRY

**Numer umowy:** POWR.02.06.00-00-0061/19

**Priorytet, Działanie:** II, 2.6;

## Część II – potwierdzenie zgłoszenia uczestników szkolenia

Potwierdzam, że Pan/Pani:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Imię i Nazwisko uczestnika** | **STANOWISKO PRACY** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

Jest/są oddelegowani/oddelegowane do udziału w projekcie pn. „DOSTĘPNA ADMINISTRACJA PUBLICZNA - SZKOLENIA DLA KADRY” dofinansowanego z środków Unii Europejskiej, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój, Projekt dofinansowany z środków UE, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój. Oś priorytetowa II „Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji”. Nazwa Działania 2.6 Wysoka jakość polityki na rzecz włączenia społecznego i zawodowego osób niepełnosprawnych. Jednocześnie potwierdzam, że jest pracownikiem/cą administracji publicznej, który/a wykonuje zadania z zakresu kształtowania i wdrażania polityk publicznych.

Jestem świadomy, że z jednej jednostki administracji publicznej można oddelegować **do 5 osób**.

## Część III - Dane jednostki administracji publicznej

**Nazwa instytucji:**

**Adres:**

**NIP:**

**Typ instytucji:**

[ ]  jednostka administracji rządowej,

[ ]  jednostka samorządu terytorialnego (bez szkół i placówek oświatowych)

…………………………………..

Pieczęć imienna i podpis osoby kierującej uczestników na szkolenie