**Załącznik nr 3 do Regulaminu Projektu pilotażowego**

pn. *„System weryfikacji predyspozycji zawodowych jako*

*instrument pomocy osobom nieaktywnym zawodowo”*

**Wniosek**

**o wpis na listę akredytowanych Przedsiębiorców do udziału w Projekcie pilotażowym**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane teleadresowe Przedsiębiorcy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pełna nazwa Przedsiębiorstwa |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica |  | | | | | | | | Nr domu | |  | | | | Nr lokalu | |  | |
| Kod pocztowy |  | | | Miejscowość | | | | |  | | | | | | | | | |
| Województwo |  | | | | | Powiat | | | | | | |  | | | | | |
| Tel. kontaktowy |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e-mail |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIP |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| Imię i nazwisko osoby upoważnionej  do reprezentowania  i składania oświadczeń woli |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko osoby  do kontaktów |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wielkość przedsiębiorstwa | przedsiębiorca nie zatrudniający pracowników  mikro (mniej niż 10 pracowników)  małe (mniej niż 50 pracowników)  przedsiębiorca zatrudniający powyżej 50 pracowników | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Proponowany zawód  do realizacji Testu zawodu |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oświadczam, iż zapoznałem/am się  z Regulaminem udziału  w projekcie i w całości akceptuję jego zapisy. |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

……………………………………………. ……….…………………………………………………

Miejscowość i data  Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

do reprezentowania i składania oświadczeń woli