# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA PODMIOTU REPREZENTUJĄCEGO GRUPĘ KANDYDATÓW

**Walidacja dla kwalifikacji rynkowej NAZWA KWALIFIKACJI**

1. **Nazwa i adres podmiotu reprezentującego Kandydatów**

**……………………………………………………………**

(nazwa, nip i adres Instytucji)

1. **Dane kontaktowe osoby wyznaczonej do reprezentacji Kandydatów**

**……………………………………………………………**

 (imię i nazwisko osoby reprezentującej)

**……………………………………………………………**

 (adres e-mail, telefon kontaktowy, adres do *korespondencji)*

1. ***Lista Uczestników zgłaszanych do walidacji – wypełniona elektronicznie***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *L.P.* | *Imię i nazwisko* | *Data urodzenia* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Wnoszę o przeprowadzenie walidacji**

|  |  |
| --- | --- |
| **Preferowany termin walidacji**  |  |
| **Miejsce walidacji – adres laboratorium**  |  |
| **Obecność asystenta osoby z niepełnosprawnością** |  |
| **Udogodnienia (w przypadku osoby z niepełnosprawnością)** |  |
| **Godzina rozpoczęcia walidacji**  |  |

**Oświadczenie o zapoznaniu się z dokumentami dotyczącymi walidacji dostępnymi na stronie icvc.eu**
Oświadczam, że zapoznałem/-łam się z treścią dokumentów znajdujących się na stronie icvc.eu dotyczących KWALIFIKACJI RYNKOWEJ NAZWA KWALIFIKACJI i akceptuję ich treść

…………………………….
Podpis, data

OPCJONALNIE: Oświadczam, że wszystkie osoby zgłaszane przeze mnie na udział w walidacji NAZWA KWALIFIKACJI posiadają wykształcenie minimum średnie

…………………………….

Podpis, data

**Skan lub zdjęcie wypełnionego i podpisanego formularza rejestracyjnego, Podmiot zgłaszający kandydatów do**

**walidacji wysyła na adres: zgloszenia@icvc.eu**