**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA PODMIOTU**

**REPREZENTUJĄCEGO GRUPĘ KANDYDATÓW**

**1. Walidacja dla kwalifikacji rynkowej**

**……………………………………………………………**

(nazwa kwalifikacji)

**2. Nazwa i adres podmiotu reprezentującego kandydatów**

**……………………………………………………………**

(nazwa, NIP i adres instytucji)

**3. Dane kontaktowe osoby wyznaczonej do reprezentacji kandydatów**

**……………………………………………………………**

 (imię i nazwisko osoby reprezentującej)

**……………………………………………………………**

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

**4. Lista uczestników zgłaszanych do walidacji – wypełniona elektronicznie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Data urodzenia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**5. Wnoszę o przeprowadzenie walidacji:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Preferowany termin walidacji:** |  |
| **Preferowane miejsce walidacji:** |  |
| **Obecność asystenta osoby z niepełnosprawnością** |  |
| **Udogodnienia** *(w przypadku osoby z niepełnosprawnością)* |  |
| **Preferowana 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 jego treść.

**……………………………………………………………**

(podpis wraz z datą)

**Oświadczam, że wszystkie osoby zgłaszane przeze mnie na udział w walidacji** (nazwa kwalifikacji) **posiadają wykształcenie minimum średnie (OPCJONALNIE)**

**……………………………………………………………**

(podpis wraz z datą)

Skan lub zdjęcie wypełnionego i podpisanego formularza rejestracyjnego, podmiot zgłaszający kandydatów do walidacji wysyła na adres: **zgloszenia@icvc.eu**.