****

**PRIJAVNICA**

**ZDRAVO DRUŠTVO**

Ljubljana, april 2023

**PRIJAVNICA za sofinanciranje programa ZDRAVO DRUŠTVO v letu 2023**

**I. PODATKI O PRIJAVITELJU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.1. | Polno ime organizacije |  |
| 1.2. | Naslov |  |
| 1.3. | Poštna številkas |  |
| 1.4. | Kraj |  |
| 1.5. | Odgovorna oseba in funkcija |  |
| 1.6. | Kontaktna oseba |  |
| 1.7. | Telefonska številka kontaktne osebe |  |
| 1.8. | Elektronski naslov kontaktne osebe |  |
| 1.9. | Matična številka |  |
| 1.10. | Davčna številka |  |

**II. PREDSTAVITEV PROGRAMA**

1. ***Podatki o izvedbi programa, s katerimi se izvajalec prijavlja na razpis:***

Izpolnite podatke o izvedbi programa v vašem društvu.

|  |  |
| --- | --- |
| *Naziv dogodka:* | **Ocena gibalne učinkovitosti: evropska gibalna značka EUROPEAN FITNESS BADGE** |
| *Datum izvedbe:*  |  |
| *Kraj in lokacija izvedbe:* |  |
| *Ciljna skupina:* |  |
| *Predvideno število udeležencev:* |  |
| *Ali imate strokovno usposobljen kader za izvedbo meritev?* |  |
| *Imate merilne pripomočke**za izvedbo EFB testiranja ?* |  |

*\*Tabelo lahko večkrat kopirate in izpolnite za več dogodkov/terminov*

1. ***podatki o strokovnemu kadru v društvu:***

V kolikor bo oceno gibalne učinkovitosti v društvu izvedel za to usposobljen kader, izpolnite tabelo in priložite potrdilo o strokovni usposobljenosti za samostojno izvedbo testiranja European Fitness Badge.

|  |  |
| --- | --- |
| *Ime priimek* | *Izobrazba - strokovna usposobljenost za izvedbo programa European Fitness Badge (datum)* |
|  |  |

**III. SOFINANCIRANJE**

V kolikor bo oceno gibalne učinkovitosti, ki je del programa, v društvu izvedel za to usposobljen kader, bo izvajalec odobrena sredstva sofinanciranja v okviru programa namensko porabil **za plačilo strokovnega kadra oziroma prostora za izvedbo programa.**

Izvajalec bo dokazila o plačilu – kopije plačanih računov v višini 170 % posredoval skladno z navodili v razpisu.

V kolikor društvo nima na voljo lastnega strokovnega kadra za izvedbo programa, bodo odobrena sredstva sofinanciranja namenjena plačilu strokovnega kadra, ki ga zagotovi Športna unija Slovenije.

**IZJAVA O SODELOVANJU V PROGRAMU ZDRAVO DRUŠTVO**

***IZVAJALEC***

|  |  |
| --- | --- |
| Ime organizacije |  |
| Naslov |  |
| Poštna številka |  |
| Odgovorna oseba |  |
| Matična številka |  |
| Davčna številka |  |

Izjavljamo, da se v celoti strinjamo z razpisnimi pogoji in se prostovoljno odločamo za sodelovanje v programu Zdravo društvo.

Izjavljamo, da so vsi posredovani podatki točni in resnični. Strinjamo se s preverjanjem namenske porabe odobrenih sredstev in posredovanih podatkov.

Izjavljamo, da se lahko posredovani podatki uporabljajo za namene:

* vodenja in koordinacije programa,
* obveščanje in komunikacijo v zvezi s programi in dejavnostmi Športne unije Slovenije,
* za prijavo in črpanje sredstev na nacionalnih javnih razpisih.

Kraj in datum: Odgovorna oseba:

 Podpis in žig:

**SOGLASJE**

Spodaj podpisani **strokovni delavec** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime in priimek) soglašam, da se lahko posredovani podatki in dokazila o izobrazbi oziroma usposobljenosti uporabljajo za namene:

* vodenja in koordinacije programov,
* obveščanje in komunikacijo v zvezi s programi in dejavnostmi Športne unije Slovenije,
* za prijavo in črpanje sredstev na nacionalnih javnih razpisih.

Kraj in datum: Podpis:

**SOGLASJE**

Spodaj podpisana **kontaktna oseba** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime in priimek) soglašam, da se lahko posredovani podatki uporabljajo za namene:

* vodenja in koordinacije programov,
* obveščanje in komunikacijo v zvezi s programi in dejavnostmi Športne unije Slovenije,
* za prijavo in črpanje sredstev na nacionalnih javnih razpisih.

Kraj in datum: Podpis: