

# कौशल्य विकास प्रशिक्षण योजना

## स्वारस्य - अभिव्यक्ती

(Expression of Interest)

### अर्ज ( संस्थेच्या लेटरहेडवर )

प्रांते,

मा.व्यवस्थापकीय संचालक

महाराष्ट्र राज्य इतर मागासवर्गीय वित्त

आणि विकास महामंडळ मर्या.,

4था मजला, प्रशासकीय इमारत,

रामकृष्ण चेंबूरकर मार्ग, चेंबूर (पू.),

मुंबई - 400 071.

**विषय :- महामंडळाच्या कौशल्य विकास प्रशिक्षण योजनेंतर्गत सहभागी होण्याकरीता स्वारस्य - अभिव्यक्ती (Expression of Interest) संदर्भात अर्ज सादर करणेबाबत -**

### संस्थेची माहिती :-

- 1) संस्थेचे (Training Partner) नाव :-
- 2) संस्थेचा संपूर्ण पत्ता :-
- 3) दूरध्वनी क्र. / ई-मेल आयडी. :-
- 4) प्राशिक्षण कार्यक्रमाच्या अंमलबजावणी व समन्वयाकरीता संस्थेद्वारे नियुक्त व्यक्तीचे नाव / मोबाईल क्र. :-  
(Single person of Contact :- SPOC)
- 5) अ. संस्थेचा नोंदणी क्रमांक / दिनांक :-  
ब. PAN :-  
क. GST क्रमांक :-
- 6) SKILL India Portal वरील नोंदणी क्रमांक :-  
(TP ID on SIP Portal)
- 7) स्टार रेटिंग (योग्य जागी ✓ अशी खूण करावी) :- 3 स्टार  4 स्टार  5 स्टार
- 8) संस्थेअंतर्गतचा एकूण प्राशिक्षण केंद्राची (TC) संख्या व त्याची TC निहाय स्वतंत्र माहिती सोबत जोडावी. :-
- 9) संस्थेत कार्यरत प्राशिक्षक/ इतर कर्मचारी संख्या :-  
(पदनिहाय स्वतंत्र तपशिल सोबत जोडावा)

10) Sector Skill Council (SSC) द्वारा  
प्रमाणित प्रशिक्षकांची संख्या :-

11) शासकीय योजनांत कौशल्य विकास  
प्रशिक्षण देण्याचा अनुभव :- वर्ष  महिने

12) कोणत्या प्रकारच्या sector तसेच Job  
Role मध्ये प्रशिक्षण देण्याचा विशेष अनुभव  
/ प्राविण्य आहे, त्याचा तपशिल :-

13) प्रशिक्षण कालावधी पूर्ण झाल्यानंतर  
प्रशिक्षणार्थीना किमान वेतनानुसार उपलब्ध  
करून दिलेल्या प्रशिक्षणार्थींची संख्या /  
कालावधी / उपलब्ध करून दिलेल्या  
रोजगाराची टक्केवारी / प्रशिक्षणासाठी  
लागणाऱ्या साहित्याची उपलब्धता इ.  
माहिती  
(मागील किमान दोन वर्षातील वर्षनिहाय  
माहिती द्यावी)

14) शासकीय योजनाअथवा अन्य  
उपक्रमांमार्फत काम केल्याबाबतचा  
थोडक्यात तपशिल (सोबत संबंधित  
संस्थेकडून प्राप्त LOI अथवा करारपत्राच्या  
प्रती जोडाव्यात) :-

15) संस्थेची मागील किमान दोन वर्षांची  
वर्षनिहाय आर्थिक उलाढाल (Turn over) :-

16) अन्य माहिती (नमूद करावयाची असल्यास) :-

---

---

---

---

याद्वारे, प्रमाणित करण्यात येते की, महाराष्ट्र राज्य इतर मागासवर्गीय वित्त आणि विकास महामंडळाच्या कौशल्य विकास प्रशिक्षण योजनेंतर्गत प्रशिक्षण कार्यक्रमाच्या अंमलबजावणी प्रक्रियेत आमची संस्था सहभागी होवू इच्छिते व त्याकरीता महामंडळास सादर करण्यात आलेली माहिती / सादर करण्यात आलेले दस्तऐवज इ. तपशिल पूर्णतः सत्य व योग्य आहे. सादर केलेल्या उपरोक्त माहितीबाबत काही तफावत आढळल्यास महामंडळाद्वारा करण्यात येणाऱ्या कायदेशीर कारवाई बाबत संस्थेस कोणतीही हरकत नाही.

आपला / आपली विश्वासू

स्थळ :-

दिनांक :-

संस्थेच्या सक्षम व्यक्तीचे संपूर्ण नाव

या संस्थेकरीता  
(संस्थेच्या सील / स्टॅम्पसहोत)