Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji

Data, godzina i podpis osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny:…………………………………….

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**DLA UCZESTNIKÓW ZAMIERZAJĄCYCH PODJĄĆ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄW RAMACH PROJEKTU PT. „WSPARCIE NA NOWY START ZAWODOWY” NR RPLD.10.02.02-10-B002/21**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane osobowe** | |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Stan cywilny |  |
| Data urodzenia |  |
| Numer i rodzaj dokumentu tożsamości |  |
| **Adres zamieszkania** | |
| Ulica |  |
| Numer domu |  |
| Numer lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Województwo |  |
| **Dane kontaktowe** | |
| telefon |  |
| adres e-mail |  |
| **Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres zamieszkania)** | |
| Ulica |  |
| Numer domu |  |
| Numer lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Status uczestnika** | |
| **Jestem osobą przewidzianą do zwolnienia**  Pracownik przewidziany do zwolnienia – pracownik, który znajduje się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracownika lub który został poinformowany przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego i nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną. | **□TAK □ NIE** |
| **Jestem osobą zagrożoną zwolnieniem**  Pracownik zagrożony zwolnieniem – pracownik zatrudniony u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie tego pracownika do projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy, w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych. Pracownik ten nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną. | **□TAK □ NIE** |
| **Jestem osobą zwolnioną.**  Osoba zwolniona – osoba pozostająca bez zatrudnienia, która utraciła pracę z przyczyn niedotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu i nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną. | **□TAK □ NIE** |
| Jestem osobą bezrobotną | **□** niezarejestrowaną w powiat. urzędzie pracy  **□** zarejestrowaną w powiat. urzędzie pracy |
| Jestem osobą bierną zawodowo | **□** uczącą się  **□** nieuczestniczącą w kształceniu lub uczeniu |
| Jestem osoba pracującą | Miejsce pracy (nazwa i adres)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Stanowisko\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Uczę się/ pracuję lub zamieszkuję na terenie jednego z 6 poniżej wymienionych powiatów woj. Łódzkiego:**  **bełchatowski, radomszczański, piotrkowski, łaski, pajęczański, pabianicki** | **□TAK □ NIE** |
| **Posiadam wykształcenie:** | □ wyższe □ policealne  **□** zasadnicze zawodowe  □ ponadgimnazjalne □ gimnazjalne  □ podstawowe **□** niższe niż podstawowe |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnością[[1]](#footnote-0)** | **□TAK □ NIE** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PRZYNALEŻNOŚĆ DO NIŻEJ WYMIENIONYCH GRUP** | TAK | NIE | Odmowa podania informacji |
| Migrant, osoba obcego pochodzenia, mniejszość (włączając zmarginalizowane społeczności takie jak Romowie) |  |  |  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  |  |  |
| Osoba znajdująca się w innej niekorzystnej sytuacji społecznej |  |  |  |

**Ankieta dot. Działalności gospodarczej**

|  |
| --- |
| **Opis planowanej działalności gospodarczej**  (należy przedstawić swój pomysł na biznes, opisując przedmiot wykonywanej działalności, charakterystykę oferowanych usług / produktów oraz wskazując przewidywane działania promocyjne) |
|  |
| **Opis możliwości funkcjonowania i utrzymania się na rynku przez pierwszy okres 12 m-cy**  (ocenie podlega trwałość planowanej działalności gospodarczej) |
|  |
| **Posiadane kwalifikacje, doświadczenie i umiejętności niezbędne do prowadzenia działalności gospodarczej**  (ocenie podlega zbieżność wykształcenia z profilem planowanej działalności, przydatność kursów, praktyk, uzyskanego doświadczenia do samodzielnego prowadzenia działalności gospodarczej) |
|  |
| **Planowany koszt inwestycji**  (należy wskazać główne wydatki i inwestycje , na które przeznaczone zostanie wsparcie finansowe oraz uzasadnij ich niezbędność) |
|  |

Oświadczam, że:

1. w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do Projektu nie posiadałam/em wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG), nie byłam/em zarejestrowana/y w Krajowym Rejestrze Sądowym lub nie prowadziłam/em działalności gospodarczej na podstawie przepisów odrębnych (w tym m.in. działalności adwokackiej, komorniczej lub oświatowej);
2. nie zawiesiłam/em lub nie miałam/em zawieszonej działalność gospodarczą na podstawie przepisów o CEIDG lub KRS w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu;
3. nie jestem wspólnikiem spółki osobowej lub nie posiadam więcej niż 10% udziału w kapitale spółki kapitałowej;
4. nie zasiadam w organach zarządzających lub kontrolnych podmiotów prowadzących działalność gospodarczą
5. nie pełnię funkcji prokurenta;
6. nie zamierzam założyć rolniczej działalność gospodarczej i równocześnie podlegać ubezpieczeniu społecznemu rolników zgodnie z ustawą z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników
7. nie zamierzam założyć działalności komorniczej zgodnie z ustawą z dnia 22 marca 2018 r. o komornikach sądowych;
8. nie jestem osobom zaangażowaną w realizację Projektu po stronie Beneficjenta, partnera Beneficjenta lub wykonawcy w projekcie;
9. nie byłam karana za przestępstwo skarbowe oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych;
10. nie byłam karana za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu;
11. nie zostałam ukarana karą zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
12. nie korzystam równolegle z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza środków Funduszu Pracy, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, środków oferowanych w ramach PO WER, RPO oraz środków oferowanych w ramach Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich 2014-2020 na pokrycie tych samych wydatków związanych z podjęciem i prowadzeniem działalności gospodarczej;
13. z osobami uczestniczącymi w procesie rekrutacji lub oceny biznesplanów nie pozostaje w stosunku małżeństwa, pokrewieństwa lub powinowactwa (w linii prostej bez ograniczenia stopnia, a w linii bocznej do 2 stopnia) lub w stosunku przysposobienia, opieki albo kurateli lub nie pozostaję we wspólnym pożyciu
14. zapoznałem/am się z treścią Regulaminu rekrutacji oraz Regulaminu przyznawania środków finansowych na rozwój przedsiębiorczości
15. dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą.
16. zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, przetwarzanych przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego i Centrum Rozwoju Kompetencji Województwa Łódzkiego i PGE Polskiej Grupy Energetycznej w Woli Grzymalinej (CRK).
17. Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobywch w tym danych wrażliwych na potrzeby przeprowadzenia procesu rekrutacji do projektu pn. „WSPARCIE NA NOWY START ZAWODOWY”
18. zostałem/am poinformowany/a o dofinansowaniu Projektu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego,
19. zobowiązuję się na żądanie Realizatora Projektu na każdym etapie uczestnictwa w Projekcie składać pisemne oświadczenia o przedmiocie wcześniej uzyskanej pomocy de minimis, uzupełnione o kopie zaświadczeń o wcześniej udzielonej pomocy,
20. w przypadku zakwalifikowania się do projektu zobowiązuję się do przedłożenia CRK wszelkich informacji, dokumentów i zaświadczeń niezbędnych do prawidłowej realizacji Projektu, w szczególności potwierdzających prawdziwość złożonych w Formularzu rekrutacyjnym oświadczeń. Koszty wydania powyższych zaświadczeń ponosi Uczestnik/czka do Projektu,
21. w przypadku zakwalifikowania do Projektu zobowiązuję się do uczestnictwa w bloku doradczo-szkoleniowym. Ponadto oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że ukończenie bloku doradczo-szkoleniowego i uzyskanie potwierdzenia jego ukończenia jest jednym z warunków otrzymania wsparcia finansowego na uruchomienie działalności gospodarczej/wsparcie pomostowe,
22. zostałem/am poinformowany/a, że rejestracja działalności gospodarczej może nastąpić dopiero po zakończeniu bloku szkoleniowo-doradczego i uzyskaniu informacji o zakwalifikowaniu się na listę osób, którym przyznano dotację na otworzenie działalności gospodarczej,
23. deklaruję swój dobrowolny udział w Projekcie,
24. zostałem/am poinformowany/a, iż
    1. Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:

- Zarząd Województwa Łódzkiego dla zbioru „Beneficjenci w ramach RPO WŁ 2014-2020”,

- Minister Rozwoju dla zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.

* 1. Odbiorcą moich danych jest:

- Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,

- Instytucja Zarządzająca - Zarząd Województwa Łódzkiego, Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź,

- Beneficjent realizujący Projekt – Centrum Rozwoju Kompetencji Wojeówdztwa Łódzkiego i PGE Polskiej Grupy Energetycznej w Woli Grzymalinej, Wola Grzymalina 2, 97-427 Rogowiec

* 1. Moje dane będą przetwarzane wyłącznie do celów prowadzenia rekrutacji do projektu „Wsparcie na Nowy Start zawodowy”.
  2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g i h

……………………………………………

*(data i podpis)*

1. Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności [↑](#footnote-ref-0)