

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indywidualny Numer Identyfikacyjny** (nadaje organizator projektu) |  | **Data wpływu oferty** (wypełnia organizator projektu) |  |
|  |  |

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

*Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji na rozwój przedsiębiorczości w ramach RPO WSL 2014-2020 – Poddziałanie 7.4.2 Outplacement – konkurs*

 ***Projekt pod nazwą „Nowy Początek” nr projektu RPSL.07.04.02-24-0058/20***

|  |  |
| --- | --- |
| **Oś priorytetowa:** | VII. Regionalny rynek pracy |
| **Działanie:** | 7.4. Wspomaganie procesów adaptacji do zmian na regionalnym rynku pracy (działania z zakresu outplacementu) |
| **Poddziałanie:** | 7.4.2. Outplacement - konkurs |
| **Beneficjent**  | CDO24 SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| **Tytuł projektu** | Nowy początek  |
| **Nr projektu** | WND-RPSL.07.04.02-24-0058/20  |
| **Czas trwania projektu** | 2020-09-01 - 2023-06-30 |

 **(Pola wyboru proszę zaznaczyć X)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** |  | **Lp.** | **Nazwa** |  |
| **I** | **Dane****osobowe** | 1.
 | **Imię (imiona)** |  |
|  | **Nazwisko** |  |
|  | **Data urodzenia** |  |
|  | **Nr NIP** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Nr PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Stan cywilny** |  |
|  | **Płeć** |  |
|  | **Wykształcenie** | □ | **Brak** - brak formalnego wykształcenia- **ISCED 0** |
| □ | **Podstawowe** - kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej - **ISCED 1**  |
| □ | **Gimnazjalne** - kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej - **ISCED 2** |
| □ | **Ponadgimnazjalne** - kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej – **ISCED 3** |
| □ | **Policealne** - kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym - **ISCED 4** |
| □ | **Wyższe** - kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich - **ISCED 5 - 8** |
| **II** | **Adres****zamieszkania**  | **1.** | **Ulica** |  |
| **2.** | **Nr domu** |  |
| **3.** | **Nr lokalu** |  |
| **4.** | **Miejscowość** |  |
| **5.** | **Dzielnica** |  |
| **6.** | **Miasto □ Wieś □** |
| **7.** | **Kod pocztowy** |  |
| **8.** | **Województwo** |  |
| **II** | **Adres pracodawcy(jeśli dotyczy)** | **1** | **Ulica** |  |
| **2** | **Nr lokalu** |  |
| **3** | **Miejscowość** |  |
| **4** | **Województwo** |  |
| **III** | **Dane****kontaktowe**  | **1.** | **Numer telefonu kontaktowego** |  |
| **2.** | **Adres e-mail** |  |
| **III** | **Dane****kontaktowe** | **3** | **Adres do korespondencji jeśli jest inny niż adres zamieszkania** |  |
| **IV** | **Status na rynku pracy**(do wyboru opcje 1, 2 LUB 3) | **1** | **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 □**  |
| **2** | **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 nieprzedłużania 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 □** |
| **3** | **Pracownik zwolniony z przyczyn zakładu pracy w okresie nie dłuższym niż 6 msc przed przystąpieniem do projektu (**rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników, zgodnie z przepisami o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników lub zgodnie z przepisami Kodeksu pracy, w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników,rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z powodu ogłoszenia upadłości pracodawcy, jego likwidacji lub likwidacji stanowiska pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych albo technologicznych) | **TAK □ NIE □** |
| **4** | **Jestem osobą zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy** | **TAK □ NIE □** |
| **5** | **Jestem pracownikiem/ byłym pracownikiem jednostek organizacyjnych spółek węglowych z terenu województwa śląskiego lub przedsiębiorstw z terenu województwa śląskiego z nimi powiązanych (kooperujących)**  | **TAK □ NIE □** |
| **6** | **Jestem rolnikiem** | **TAK □ NIE □** |
| **7** | **Jestem osobą niepełnosprawną –** jeśli tak należy załączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności.(Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia, tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)  | **TAK □ NIE □****Odmowa podania informacji □** |
|  **OPIS PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ** |
| **OPIS POMYSŁU****(max 10 punktów)** |  Proszę opisać planowane przedsięwzięcie *(m.in. szczegółowy opis sektora/branży w jakiej będzie prowadzona działalność, podanie kodu PKD, opis lokalizacji siedziby, kompletny opis uzasadniający celowość przedsięwzięcia, opis motywacji osobistych do rozpoczęcia działalności, opis lokalnego zapotrzebowania na proponowane usługi/produkty, wskazanie zagrożeń i ewentualnych form przeciwdziałania) – max 4 punktów* |
|  |
| Proszę opisać oferowane produkty i usługi.(max 2 punkty) |
|  |
| Proszę opisać krąg klientów i sposób ich pozyskiwania (max 2 punkty) |
|  |
| Proszę opisać konkurencję i świadczone przez nich usług, produktów wraz z opisem czym będzie się wyróżniać mój produkt/usługa na tle konkurencji (max 2 punkty) |
|  |
| **DOŚWIAD-CZENIE ZAWODOWE****(max 8 punktów)** | Proszę opisać doświadczenie zawodowe związane z profilem podejmowanej działalności (max 3 punkty) |
|  |
| Posiadane wykształceniezwiązane z profilem planowanej działalności**.** (max 2 punkty) |
|  |
| Ewentualne posiadane dodatkowe kwalifikacje np. certyfikaty, zaświadczenia, uprawnienia, ukończone szkolenia. **Proszę podać tylko te związane z profilem planowanej działalności lub mogą zostać wykorzystane do jej prowadzenia.** (max 3 punkt) |
|  |
| **PLANOWANE KOSZTY INWESTYCJI****(max 10 punktów)**  | Jakie nakłady finansowe (np. zakup środków trwałych, towary i materiały, reklama i promocja) są niezbędne do prowadzenia planowanej przez Pana/Panią działalności gospodarczej. (max 10 punkty) |
| Opis:  |
| Szczegółowa kalkulacja wydatków w ramach dotacji wraz z uzasadnieniem każdego wydatku |
| **Lp.** | **Nazwa wydatku / produktu** | **Szacunkowa kwota brutto (w zł)** | **Uzasadnienie wydatku** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| .... |  |  |  |
| Informacja o możliwości wniesienia wkładu własnego lub wyczerpujące uzasadnienie braku potrzeby posiadania własnych środkówProszę podać kwotę, którą Pan/Pani byłby/byłaby w stanie zaangażować w związku z rozpoczęciem działalności gospodarczej (za wyjątkiem wnioskowanej dotacji). Czy posiada Pan/ już Pani środki techniczne do rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej( np. niezbędny sprzęt),) bądź inne zasoby (np. lokal) konieczne do prowadzenia działalności? (max 2 punkty) |
|  |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA i DEKLARACJE** |
| Ja niżej podpisany/a...........................................................................................................................................(imię i nazwisko)zamieszkały/a.....................................................................................................................................................(adres zamieszkania)**Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:** |
| ***W wierszach poniżej należy wykreślić niewłaściwą odpowiedź***  |
| 1. Oświadczam, że **zapoznałem(am) się** z Regulaminem rekrutacji uczestników i **akceptuję** jego warunki.
 |
| 1. Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
 |
| 1. Oświadczam, że **posiadałem(am) / nie posiadałem(am)**\* zarejestrowanej działalności gospodarczej (tj. wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej), że **byłem(am) zarejestrowany(a) / nie byłem(am) zarejestrowany(a**)\* jako przedsiębiorca w Krajowym Rejestrze Sądowym oraz oświadczam, iż **prowadziłem(am)** / **nie prowadziłem(am)**\* działalności na podstawie odrębnych przepisów w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu.
 |
| 1. Oświadczam, że **zawiesiłem(am) / nie zawiesiłem(am)**\* prowadzenia działalności na podstawie odrębnych przepisów.
 |
| 1. Oświadczam, że **byłem(am) karany(a) / nie byłem(am) karany(am)\*** za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny oraz **korzystam** z pełni praw publicznych i **posiadam** pełną zdolność do czynności prawnych.
 |
| 1. Oświadczam, iż **jestem / nie jestem\* karany (a)** karą zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
 |
| 1. Oświadczam, że **posiadam / nie posiadam\* zaległości w regulowaniu** zobowiązań cywilnoprawnych.
 |
| 1. Oświadczam, że **korzystam / nie korzystam\*** równolegle z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza środków Funduszu Pracy, PFRON oraz 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 oraz prowadzeniem działalności gospodarczej.
 |
| 1. Oświadczam, że **byłem(am) zatrudniony(a) / nie byłem(am) zatrudniony(a)\*** w rozumieniu Kodeksu Pracy w ciągu ostatnich 3 lat u Beneficjenta/partnera lub wykonawcy (o ile jest już znany) uczestniczącego w procesie rekrutacji.
 |
| 1. Oświadczam, że w bieżącym roku podatkowym oraz dwóch poprzedzających go latach podatkowych **korzystałem(am)\* / nie korzystałem(am)\*** z pomocy de minimis, której wartość brutto łącznie z pomocą, o którą się ubiegam, przekraczałaby równowartość w złotych kwoty 200 000 euro, a w przypadku działalności gospodarczej w sektorze transportu drogowego towarów - równowartość w złotych kwoty 100 000 euro, obliczonych według średniego kursu Narodowego Banku Polskiego obowiązującego w dniu udzielenia pomocy.
 |
| 1. Oświadczam, że otrzymałem(am) w przeszłości pomoc publiczną dotyczącą tych samych kosztów kwalifikowalnych, o które ubiegam się w ramach projektu, w wysokości ………………euro, obliczonych według średniego kursu Narodowego Banku Polskiego obowiązującego w dniu udzielenia pomocy.
 |
| 1. Oświadczam, że **planuję / nie planuję**\* rozpoczęcia działalności gospodarczej w sektorach wykluczonych ze wsparcia, zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis.
 |
| 1. Oświadczam, iż **ciąży / nie ciąży\*** na mnie obowiązek zwrotu pomocy, wynikający z decyzji Komisji Europejskiej, uznającej pomoc za niezgodną z prawem oraz ze wspólnym rynkiem.
 |
| 1. Oświadczam, że **odbywam / nie odbywam\*** karę/-y\* pozbawienia wolności.
 |
| 1. Oświadczam, iż w przypadku otrzymania wsparcia finansowego na rozwój przedsiębiorczości i/lub wsparcia pomostowego **nie zawieszę** prowadzenia działalności gospodarczej w ciągu 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia działalności gospodarczej.
 |
| 1. Oświadczam, że **planuję / nie planuję**\* założyć rolniczą działalność gospodarczą i równocześnie podlegać ubezpieczeniu społecznemu rolników zgodnie z ustawą z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników;
 |
| 1. Oświadczam, że **zamierzam / nie zamierzam\*** założyć działalność komorniczą zgodnie z ustawą z dnia 22 marca 2018 r. o komornikach sądowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 771, z późn. zm.).
 |
| ....................................... ….................................................... (miejscowość, data) (podpis potencjalnego uczestnika projektu) |

**\*** Niepotrzebne skreślić

Do momentu podpisania *Umowy uczestnictwa w projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020*, Administratorem danych osobowych jest Beneficjent realizujący projekt.