**Zał. 1 - FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**DO PROJEKTU „Zostań przedsiębiorcą – dotacje na start”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | **Nazwa** | | **Pola do wypełnienia/zaznaczenia** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FORMULARZ CZĘŚĆ A – DANE I KRYTERIA KWALIFIKACYJNE KANDYDATA DO PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Imię / imiona |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Nazwisko |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Płeć\* | * KOBIETA * MĘŻCZYZNA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | PESEL |  | | |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  | |
|  | | Nr dowodu osobistego |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Data urodzenia |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Miejsce urodzenia (miasto i województwo) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Wiek w latach na dzień podpisania formularza |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | Adres zamieszkania zgodnie z art. 25 „Kodeksu Cywilnego”  Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. | ulica | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| nr domu | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| nr lokalu | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Kod pocztowy | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| miejscowość | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| gmina | | | | | | | | | * Miasto Olsztyn | | | | * powiat olsztyński | | | | |
| Województwo warmińsko-mazurskie\* | | | | | | | | | * TAK | | | | * NIE | | | | |
|  | | Telefon kontaktowy |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Adres poczty elektronicznej e-mail |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Status Kandydata na rynku pracy  Proszę zaznaczyć status krzyżykiem i wybrać jedną z opcji przedstawionych w podpunktach | 1. | | | | Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy (w rozumieniu definicji BAEL) | | | | | * TAK * NIE | | | | | | | | |
| 1.1 | | | | w tym osoba długotrwale bezrobotna | | | | | * TAK * NIE | | | | | | | | |
| 2. | | | | osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy | | | | | * TAK * NIE | | | | | | | | |
| 2.1 | | | | w tym osoba długotrwale bezrobotna | | | | | * TAK * NIE | | | | | | | | |
| 3. | | | | osoba bierna zawodowo | | | | | * TAK * NIE | | | | | | | | |
| 3.1 | | | | w tym osoba ucząca się\*\* | | | | | * TAK * NIE | | | | | | | | |
|  | 3.2 | | | | w tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu\*\*\* | | | | | * TAK * NIE | | | | | | | | |
|  | | Wykształcenie formalne | Niższe niż podstawowe  Poziom ISCED 0 | | | | | | | | * TAK | | | | | | | | | |
| Podstawowe  Poziom ISCED 1 | | | | | | | | * TAK | | | | | | | | | |
| Gimnazjalne  Poziom ISCED 2 | | | | | | | | * TAK | | | | | | | | | |
| Ponadgimnazjalne  Poziom ISCED 3 | | | | | | | | * TAK | | | | | | | | | |
| Policealne  Poziom ISCED 4 | | | | | | | | * TAK | | | | | | | | | |
| Wyższe  Poziom ISCED 5 lub 6 | | | | | | | | * TAK | | | | | | | | | |
|  | | Kategoria kwalifikująca Kandydata do projektu  (należy wybrać minimum jedną kategorię). | Osoba powyżej 50 roku życia | | | | | | | | * TAK | | | | | | | | | |
| Kobieta | | | | | | | | * TAK | | | | | | | | | |
| Osoba niepełnosprawna | | | | | | | | * TAK   (należy przedstawić odpowiedni dokument) | | | | | | | | | |
| Osoba długotrwale bezrobotna | | | | | | | | * TAK   (należy przedstawić odpowiedni dokument) | | | | | | | | | |
| Osoba o niskich kwalifikacjach  (maks. ISCED 3) | | | | | | | | * TAK   (należy przedstawić odpowiedni dokument) | | | | | | | | | |
|  | | Pozostałe dane dotyczące Kandydata | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | | | | | | * TAK * NIE * ODMOWA PODANIA INFRMACJ | | | | | | | | | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | | | | | | * TAK * NIE | | | | | | | | | |
| Osoba z niepełnosprawnościami | | | | | | | | * TAK * NIE * ODMOWA PODANIA INFRMACJ | | | | | | | | | |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących | | | | | | | | * TAK (NALEŻY WYPEŁNIĆ TEŻ PUNKT PONIŻEJ) * NIE * ODMOWA PODANIA INFRMACJ | | | | | | | | | |
| w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | | | | | | | | * TAK * NIE | | | | | | | | | |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | | | | | | | | * TAK * NIE | | | | | | | | | |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | | | | | | | | * TAK * NIE * ODMOWA PODANIA INFRMACJ | | | | | | | | | |
| 15. | | Informacje dodatkowe | Czy wnioskodawca prowadził wcześniej działalność? | | | | | | | | * TAK * NIE   Jeśli tak, proszę podać:  NIP: ………………………………….  DATA ZAMKNIĘCIA FIRMY:………………………………. | | | | | | | | | |
| Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe i kompletne.  Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji pod względem ich zgodności z prawdą. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| …………………………………… | | | | …………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | |
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA | | | | CZYTELNY PODPIS KANDYDATA | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

---------------------------------------------------------

\*Zaznacz właściwe

\*\* osoba ucząca się – uczestnicząca w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym

\*\*\* osoba nie uczestnicząca w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym lub nie uczestnicząca w pozaszkolnych zajęciach mających na celu uzyskanie, uzupełnienie lub doskonalenie umiejętności i kwalifikacji zawodowych lub ogólnych, potrzebnych do wykonywania pracy, w okresie ostatnich 4 tygodni.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | | **Pola do wypełnienia/zaznaczenia** | |
| **FORMULARZ CZĘŚĆ B – POMYSŁ NA DZIAŁANOŚĆ GOSPODARCZĄ** | | | | |
|  | | Opis planowanej działalności | Rodzaj działalności | * handlowa * usługowa * produkcyjna |
| Oferowany produkty/usługi |  |
| Planowana siedziba firmy |  |
| Uzasadnienie wyboru konkretnej branży |  |
|  | | Planowany termin rozpoczęcia działalności |  | |
|  | | Czy do prowadzenia działalności wymagane są uprawnienia określone przepisami prawa. |  | |
|  | | PKD planowanej działalności |  | |
|  | | Czy planowana działalności zalicza się do tzw. inteligentnych specjalizacji województwa warmińsko-mazurskiego, jeżeli tak to do jakiej | * TAK * NIE   Jeśli tak, to do jakiej:   * Ekonomia wody * Drewno i meblarstwo * Żywność wysokiej jakości   Proszę uzasadnić: …………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………….. | |
|  | | Opis wykształcenia i kwalifikacji Kandydata  Proszę wskazać:   * Instytucja * daty od (m-c/rok) do (m-c/rok) * uzyskane stopnie i dyplomy   (tylko spójne z działalnością planowaną do otwarcia w ramach projektu).  *Należy dołączyć kserokopię dokumentów potwierdzające* |  | |
|  | | Opis doświadczenia Kandydata :   * Firma * Stanowisko * Daty zatrudnienia od do (m-c/rok) * Opis zakresu obowiązków   (tylko spójne z działalnością planowaną do otwarcia w ramach projektu)  *Należy dołączyć kserokopię dokumentów potwierdzające* |  | |
|  | | Planowana wnioskowana kwota dotacji: |  | |
|  | | Przeznaczenie wydatków inwestycyjnych z podaniem szacunkowej wartości w złotych | * Środki trwałe –………………………………………………………………………..   ……………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………….   * Wartości niematerialne i prawne - …………………………………………….… * Koszty prac remontowych - ………………………………………………….…. * Środki obrotowe - ………………………………………………………………….. | |
|  | | Planowane zatrudnienie w firmie. Proszę podać:   * Czy potrzebne jest zatrudnienie osoby * Kiedy planowane jest zatrudnienie * Jaka forma zatrudnienia i wymiar zatrudnienia |  | |
|  | | Zobowiązanie do zatrudnienia. | Zobowiązuję się do zatrudnienia ……… os.  W przypadku uzyskania dotacji na rozpoczęcie działalności w termie do ………………………………………  Przedstawię wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do potwierdzenia tego faktu.  …………………………………….. …………………………………..  Data podpis | |
| Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe. | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | …………………………………… | …………………………………………… | | MIEJSCOWOŚĆ I DATA | CZYTELNY PODPIS KANDYDATA | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **SPEŁNIENIE KRYTERIUM\*** | | **Pola do wypełnienia/zaznaczenia** |
| **FORMULARZ CZĘŚĆ C.1 – OŚWIADCZENIA** | | | |
|  | **IMIĘ NAZWISKO:**  **ZAMIESZKAŁY:**  **NR PESEL:**  **Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą**  **Oświadczam, że:** | | |
|  | | * TAK * NIE | Zamieszkuję w miejscu wskazanym w części A pkt 9 formularza kwalifikacyjnego. |
|  | | * TAK * NIE | Zamierzam zarejestrować działalność gospodarczą na terenie województwa warmińsko – mazurskiego. |
|  | | * TAK * NIE | Zobowiązuję się do prowadzenia działalności gospodarczej rozpoczętej w ramach projektu przez okres, co najmniej 12 miesięcy oraz nie składania w tym okresie wniosku o zawieszenie jej wykonania. |
|  | | * TAK * NIE | Oświadczam, że w ciągu ostatnich 2 lat nie byłam/em zatrudniony/a (umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło lub inne) w Centrum Doradztwa Europejskiego i Finansowego Lendo Łosko spółka jawna lub u Wykonawcy w ramach Projektu oraz w Wojewódzkim Urzędzie Pracy w Olsztynie i instytucjach wobec niego nadrzędnych. |
|  | | * TAK * NIE | Oświadczam, że nie pozostaję w związku małżeńskim lub w faktycznym pożyciu oraz w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia oraz nie jestem związany/a z tytułu przysposobienia, opieki, kurateli z Beneficjentem i/lub z pracownikami Beneficjenta lub Wykonawcy uczestniczącymi w procesie rekrutacji i oceny biznesplanów. |
|  | | * TAK * NIE | Oświadczam, że nie posiadałam/em wpisu do CEIDG, nie byłam/em zarejestrowana/y w Krajowym Rejestrze Sądowym lub nie prowadziłam/em działalności na podstawie odrębnych przepisów (w tym m.in. działalność adwokacka, komornicza lub oświatowa) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu złożenia dokumentów rekrutacyjnych**[[1]](#footnote-1)**. |
|  | | * TAK * NIE | Oświadczam, że nie prowadziłam/em zarejestrowanej działalności gospodarczej w okresie, co najmniej 12 miesięcy poprzedzających dzień złożenia dokumentów rekrutacyjnych.  Oświadczam, że nie jestem i nie byłam/em w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień złożenia dokumentów rekrutacyjnych, wspólnikiem lub komplementariuszem w spółkach osobowych, handlowych bądź członkiem spółdzielni utworzonej na podstawie prawa spółdzielczego. |
|  | | * TAK * NIE | Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam w pełni z praw publicznych. |
|  | | * TAK * NIE | Oświadczam, iż nie byłem/łam karany/a za przestępstwa skarbowe oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych. |
|  | | * TAK * NIE | Oświadczam, że w bieżącym roku podatkowym oraz dwóch poprzedzających go latach podatkowych nie otrzymałem/am pomocy de minimis z różnych źródeł i w różnych formach, 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-równowartość w złotych kwoty 100 000 euro, obliczonych według średniego kursu Narodowego Banku Polskiego obowiązującego w dniu udzielenia pomocy. |
|  | | * TAK * NIE | Oświadczam, że nie uczestniczę w tym samym czasie w innym projekcie w ramach Działania 10.3 lub 10.5 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko – Mazurskiego na lata 2014-2020, a także nie korzystam równolegle z innych środków publicznych na pokrycie wydatków związanych z podjęciem oraz prowadzeniem działalności gospodarczej bądź też założeniem spółdzielni lub spółdzielni socjalnej, w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy, PFRON oraz środków oferowanych w ramach innych programów operacyjnych finansowanych ze środków funduszy Unii Europejskiej. |
|  | | * TAK * NIE | Oświadczam, że nie zmienię statusu na rynku pracy oraz nie zarejestruje działalności gospodarczej w okresie od dnia złożenia dokumentów rekrutacyjnych do dnia podpisania deklaracji przystąpienie do projektu. |
|  | | * TAK * NIE | Oświadczam, że w przypadku uzyskania środków na podjęcie działalności gospodarczej podejmę działalność w sektorze pozarolniczym niezwiązaną z produkcją roślinną, zwierzęcą (o której mowa w zał. I do Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE). Otworzona przez ze mnie działalność gospodarcza nie będzie wyłączona z pomocy de minimis oraz nie będzie naruszać zasad i przepisów związanych z udzieleniem środków finansowych na rozpoczęcie działalności gospodarczej. |
|  | | * TAK * NIE | Oświadczam, iż nie posiadam zaległości w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i Urzędzie Skarbowym. |
|  | | * TAK * NIE | Oświadczam, iż nie widnieję w rejestrze prowadzonym przez Biuro Informacji Gospodarczej Infomonitor S.A. |
|  | | * TAK * NIE | Oświadczam, iż nie orzeczono wobec mnie 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 (Dz. U. Nr 157, poz.1240 z późn. zm.) na podstawie art. 12 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 roku o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z dnia 6 lipca 2012r., poz.769). |
|  | | * TAK * NIE | Oświadczam, że w ramach projektu nie rozpocznę działalności gospodarczej prowadzonej wcześniej przez członka rodziny, z wykorzystaniem zasobów materialnych (pomieszczenia, sprzęt, itp.) stanowiących zaplecze dla tej działalności, w przypadku, gdy członek[[2]](#footnote-2) rodziny zaprzestał prowadzenia działalności gospodarczej nie później niż 6 miesięcy przed dniem złożenia formularz rekrutacyjnego. |
|  | | * TAK * NIE | Oświadczam, że w ramach projektu nie rozpocznę działalności gospodarczej prowadzonej o tym samym profilu, co przedsiębiorstwo prowadzone przez członka rodziny[[3]](#footnote-3) i pod tym samym adresem, z wykorzystaniem pomieszczeń, w których jest prowadzona działalność. |
|  | | * TAK * NIE | Oświadczam, że zobowiązuję się do udzielenia informacji o swojej sytuacji na rynku pracy w ciągu 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie (zaświadczenie ZUS, US, wydruk z CEIDG, oświadczenia o zatrudnieniu pracownika, i inne, o które poprosi Beneficjent) |
|  | | * TAK * NIE | W związku z przystąpieniem do Projektu „Zostań przedsiębiorcą – dotacje na start” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko Mazurskiego na lata 2014 - 2020 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 32 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. |
|  | | * TAK * NIE | Zapoznałem się z regulaminem projektu dostępnym na stronie internetowej projektu i akceptuję jego treść. |
| Potwierdzam podpisem prawdziwość oświadczeń złożonych powyżej.   |  |  | | --- | --- | | …………………………………… | …………………………………………… | | MIEJSCOWOŚĆ I DATA | CZYTELNY PODPIS KANDYDATA | | | | |

\*Wybierając odpowiedź „Tak” potwierdzasz treść oświadczenia. W przypadku zakreślenia odpowiedzi „nie” kandydat nie spełnia warunków udziału w projekcie.

|  |
| --- |
| **FORMULARZ CZĘŚĆ C.2 – OŚWIADCZENIA** |
| **Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że**:   1. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru pn. „Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego 2014-2020” jest Województwo Warmińsko-Mazurskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego z siedzibą w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie przy ul. Emilii Plater 1, 10-562 Olsztyn. 2. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru pn. „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego. 3. Na podstawie *Porozumienia nr RPO/IP/2/2015 z dnia 24 sierpnia 2015r. w sprawie powierzenia przetwarzania danych osobowych* oraz *Porozumienia nr RPO/IP/3/2015 z dnia 22 października 2015r. w sprawie* *dalszego powierzenia przetwarzania danych osobowych w ramach Centralnego Systemu Teleinformatycznego wspierającego realizację programów operacyjnych w związku z realizacją RPO WiM na lata 2014-2020* (zmienionego *Aneksem nr 1 z dnia 6 lipca 2016r.*),Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego powierzył przetwarzanie moich danych Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy, z siedzibą przy ul. Głowackiego 28, 10-448 Olsztyn, pełniącemu funkcję Instytucji Pośredniczącej Programu; 4. Moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922). Dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: RPO WiM 2014-2020) na podstawie:   w odniesieniu do zbioru pn. „Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego 2014-2020”:   1. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia  17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.), 2. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia  17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013 str. 470 z późn. zm.), 3. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2016 r. poz. 217 z późn. zm.),   w odniesieniu do zbioru pn. „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:   1. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia  17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.), 2. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia  17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013 str. 470 z późn. zm.), 3. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2016 r. poz. 217 z późn. zm.), 4. Rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1). 5. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „Zostań przedsiębiorcą – dotacje na start”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, zarządzania, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WiM 2014-2020. 6. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt – Centrum Doradztwa Europejskiego i Finansowego Lendo Łosko spółka jawna oraz podmiotom (o ile dotyczy), które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - …………………-………………  (nazwa i adres ww. podmiotów). 7. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone specjalistycznym podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyt w ramach RPO WiM 2014-2020 na zlecenie Instytucji Zarządzającej RPO WiM, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. 8. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu. 9. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji. 10. W terminie 12 miesięcy od dnia uzyskania wsparcia finansowego z EFS przekażę Beneficjentowi informacje na temat wszystkich zatrudnionych przeze mnie pracowników oraz dane dot. mojego statusu na rynku pracy (dotyczy uczestników, którzy otrzymali środki na podjęcie działalności gospodarczej). 11. Mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania.  |  |  | | --- | --- | | …………………………………… | …………………………………………… | | MIEJSCOWOŚĆ I DATA | CZYTELNY PODPIS KANDYDATA | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMULARZ CZĘŚĆ D – ZAŁĄCZNIKI SKŁA DANE WRAZ FORMULARZEM** | | |
| **Lp.** | **Nazwa załącznika** | **Jeśli dokument jest załączany należy zaznaczyć, że dotyczy:** |
|  | **Oświadczenie osoby bezrobotnej w tym długotrwale bezrobotnej w rozumienie BAEL** | * **DOTYCZY** |
|  | **Zaświadczenie osoby bezrobotnej w tym długotrwale bezrobotnej zarejestrowanej w urzędzie pracy** | * **DOTYCZY** |
|  | **Oświadczenie osoby biernej zawodowo** | * **DOTYCZY** |
|  | **Kserokopia (potwierdzone za zgodność z oryginałem) orzeczenia o niepełnosprawności** | * **DOTYCZY** |
|  | **Kserokopie (potwierdzone za zgodność z oryginałem) dokumentów potwierdzających wykształcenie** | * **DOTYCZY** |
|  | **Kserokopie (potwierdzone za zgodność z oryginałem) dokumentów potwierdzających doświadczenie** | * **DOTYCZY** |

**Część wypełniana przez Biuro Projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data przyjęcia formularza** |  |
| **Godzina** |  |
| **Nr ewidencyjny formularza** |  |
| **Podpis osoby weryfikującej** |  |

1. Nie posiada aktywnego i/lub zawieszonego wpisu do CEIDG w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Pod pojęciem członka rodziny rozumie się małżonkę/małżonka oraz osoby znajdujące się w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa linii prostej, w linii bocznej do drugiego stopnia, a także w związku z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli. [↑](#footnote-ref-2)
3. Jw. [↑](#footnote-ref-3)