**Zał. 1 - FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU**

**„Zostań przedsiębiorcą**

**– dotacje na start 2”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Pola do wypełnienia/zaznaczenia** |
| **FORMULARZ CZĘŚĆ A – DANE I KRYTERIA KWALIFIKACYJNE KANDYDATA DO PROJEKTU** |
|  | Imię / imiona |  |
|  | Nazwisko |  |
|  | Płeć |  |
|  | PESEL |  |
|  | NIP |  |
|  | Seria i 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 |  |
| powiat | * Miasto Olsztyn
 | * powiat olsztyński
 |
| Województwo  | warmińsko-mazurskie |
|  | Stan cywilny | * wolna/y
 | * zamężna/żonaty
 |
|  | Telefon kontaktowy |   |
|  | Adres poczty elektronicznej e-mail (obowiązkowy) |  |
|  | Status Kandydata na rynku pracy Proszę zaznaczyć status krzyżykiem i wybrać tylko jedną z opcji  | BEZROBOTNY WEDŁUG BAEL - należy wypełnić zał. nr 2* Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy (w rozumieniu definicji BAEL)
* Osoba *długotrwale bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy* (w rozumieniu definicji BAEL)
 |
| BEZROBOTNY ZAREJESTROWANY W URZĘDZIE PRACY - należy dołączyć zaświadczenie z MUP/UPPO* osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy
* osoba *długotrwale bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy*
 |
| BIERNY ZAWODOWO – należy wypełnić załącznik nr 3* osoba bierna zawodowo
 |
|  | Wykształcenie formalne | * Niższe niż podstawowe Poziom ISCED 0
* Podstawowe Poziom ISCED 1
* Gimnazjalne Poziom ISCED 2
* Ponadgimnazjalne Poziom ISCED 3
* Policealne Poziom ISCED 4
* Wyższe Poziom ISCED 5 lub 6
 |
|  | Kategoria kwalifikująca Kandydata do projektu(należy wybrać minimum jedną kategorię) | * Osoba powyżej 50 roku życia
* Kobieta
* Osoba z niepełnosprawnościami - (należy przedstawić odpowiedni dokument oraz wypełnić zał. nr 5)
* Osoba długotrwale bezrobotna - (należy przedstawić odpowiedni dokument)
* Osoba o niskich kwalifikacjach (maks. ISCED 3) - (należy przedstawić odpowiedni dokument)
 |
|  | Pozostałe dane dotyczące Kandydata | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | * tak
* nie
* odmowa podania informacji
 |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | * tak
* nie
 |
| Osoba z niepełnosprawnościami | * tak
* nie
* odmowa podania informacji
 |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących | * tak (należy wypełnić też punkt poniżej)
* nie
 |
| 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 informacji
 |
| 18. | Informacje dodatkowe | Czy wnioskodawca prowadził wcześniej działalność jednoosobową bądź spółkę.  | * 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 |
|  |  |

\*Za osobę w niekorzystnej sytuacji uznaje się osoby mieszkające w obszarze DEBURGA 3 (wszystkie gminy wiejskie powiatu olsztyńskiego)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..Jeśli zaznaczyłeś odpowiedź tak należy wypełnić zobowiązanie:Zobowiązuje się po uzyskaniu dofinansowania do prowadzenia działalności w zakresie wskazanej przez mnie inteligentnej specjalizacji.…………………………………………….Podpis  |
|  | Opis wykształcenia i kwalifikacji Kandydata Proszę wskazać:* Instytucja
* daty od (m-c/rok) do (m-c/rok)
* uzyskane stopnie i dyplomy

*Należy dołączyć kserokopię dokumentów*  |  |
|  | Opis doświadczenia Kandydata(tylko spójne z działalnością planowaną do otwarcia w ramach projektu):* Firma
* Stanowisko
* Daty zatrudnienia od do (m-c/rok)
* Opis zakresu obowiązków

*Należy dołączyć kserokopię dokumentów*  |  |
|  | Planowana wnioskowana kwota dotacji *(maksymalnie 25 324 zł)* |  |
|  | Czy planowane jest zatrudnienie w ciągu 12 miesięcy prowadzonej działalności? | * Tak
* Nie
 |
| Zobowiązanie do zatrudnienia.  | Jeśli zaznaczyłeś odpowiedź „Tak” należy wypełnić zobowiązanie:Zobowiązuję się do zatrudnienia ………….… os. W przypadku uzyskania dotacji na rozpoczęcie działalności w termie 12 miesięcy prowadzonej działalności przedstawię wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do potwierdzenia tego faktu.………………………………….. 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:……………………………………………………………………………………………………………………..****adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………………………………………….****NR PESEL:…………………………………………………………………………………………………………………………….** |
| Wybierając odpowiedź „Tak” potwierdzasz treść oświadczenia. W przypadku zakreślenia odpowiedzi „nie” kandydat nie spełnia warunków udziału w projekcie**Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą** **Oświadczam, że:** |
|  | * TAK
* NIE
 | Zamieszkuję w miejscu wskazanym w części A pkt 10 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 posiadam negatywnych wpisów w rejestrze prowadzonym przez Biuro Informacji Gospodarczej Infomonitor S.A. |
|  | * TAK
* NIE
 | Oświadczam, że nie byłem karany karą zakazu dostępu do środków publicznych. 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 2” 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** |
| W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Zostań przedsiębiorcą – dotacje na start 2” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż: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. 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,
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,
3. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,

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,
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,
3. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
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.
5. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „Zostań przedsiębiorcą – dotacje na start 2”, 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, ul. Zientary Malewskiej 20b, 10-302 Olsztyn oraz podmiotom (o ile dotyczy), które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – nie dotyczy(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 lub realizującym badanie ewaluacyjne na podstawie *Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020* lub *Wytycznych w zakresie ewaluacji polityki spójności na lata 2014-2020*\*\*.
8. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości realizacji Projektu./Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu./Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w realizacji 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. Mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania.

…..……………………………………… ……………………………………………*MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS* |

|  |
| --- |
| **FORMULARZ CZĘŚĆ D – ZAŁĄCZNIKI SKŁA DANE WRAZ FORMULARZEM** |
| **Lp.** | **Nazwa załącznika** | **Jeśli dokument jest załączany należy zaznaczyć, że dotyczy:** |
|  | **Oświadczenie osoby bezrobotnej/ długotrwale bezrobotnej w rozumienie BAEL** | * **DOTYCZY**
 |
|  | **Zaświadczenie osoby bezrobotnej/długotrwale bezrobotnej zarejestrowanej w urzędzie pracy** | * **DOTYCZY**
 |
|  | **Oświadczenie osoby biernej zawodowo** | * **DOTYCZY**
 |
|  | **Upoważnienie do pozyskania z BIG InfoMonitor S.A., BIK, ZBP informacji gospodarczych o konsumencie (tj. Kandydacie)** | * **DOTYCZY**
 |
|  | **Oświadczenie osoby z niepełnosprawnościami w zakresie racjonalnych usprawnień** | * **DOTYCZY**
 |
|  | **Kserokopia (potwierdzona 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** |  |

**Zał. 2 – oświadczenie osoby bezrobotnej/długotrwale bezrobotnej w rozumieniu BAEL**

**„Zostań przedsiębiorcą**

**– dotacje na start 2”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **SPEŁNIENIE KRYTERIUM** | **Pola do wypełnienia/zaznaczenia** |
| **OŚWIADCZENIE osoby bezrobotnej / długotrwale bezrobotnej** **w rozumieniu BAEL tj.** **OSÓB bez pracy NIEZAREJESTROWANYCH W URZĘDZIE PRACY** |
|  | **IMIĘ NAZWISKO:………………………………………………………………………………………………………………………****ADRES ZAMIESZKANIA:……………………..………………………………………………………………………………………****NR PESEL:………………………………………………………………………………………………………………………………****Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą** **OŚWIADCZAM, ŻE:** |
|  | * TAK
* NIE
 | Pozostaję bez pracy od dnia …………………………….. (DD-MM-RRRR) |
|  | * TAK
* NIE
 | Jestem gotowa/y do podjęcia pracy,  |
|  | * TAK
* NIE
 | Aktywnie poszukuję zatrudnienia.  |
|  | * TAK
* NIE
 | Nie jestem studentem studiów stacjonarnych.  |
|  | * TAK
* NIE
 | W związku z tym[[4]](#footnote-4) jestem osobą bezrobotną w rozumieniu badania aktywności ekonomicznej ludności (BAEL), |
|  | * TAK
* NIE DOTYCZY
 | Pozostaję bez pracy nieprzerwanie (łącznie) przez okres minimum 12 miesięcy poprzedzających dzień złożenia dokumentów rekrutacyjnych. Dotyczy tylko KRYTERIUM DŁUGOTRWALE BEZROBOTNY W ROZUMIENIU BAEL. |
|

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………… | …………………………………………… |
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA | CZYTELNY PODPIS KANDYDATA |

 |

**Zał. 3 – oświadczenie osoby biernej zawodowo**

**„Zostań przedsiębiorcą**

**– dotacje na start 2”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **SPEŁNIENIE KRYTERIUM** | **Pola do wypełnienia/zaznaczenia** |
| **OŚWIADCZENIE OSOBY BIERNEJ ZAWODOWO** |
|  | **IMIĘ NAZWISKO:……………………………………………………………………………………………………………………….****ZAMIESZKAŁY:…………………………………………………………………………………………………………………………****NR PESEL:………………………………………………………………………………………………………………………………****Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą** **OŚWIADCZAM, ŻE:** |
|  | * TAK
* NIE
 | **NIE PRACUJĘ** I JEDNOCZEŚNIE NIE JESTEM ZAREJESTROWANY/A JAKO OSOBA BEZROBOTNA. |
|  | * TAK
* NIE
 | AKTYWNIE **NIE POSZUKUJĘ ZATRUDNIENIA**. |
|  | * TAK
* NIE
 | W ZWIĄZKU Z TYM[[5]](#footnote-5), JESTEM OSOBĄ BIERNĄ ZAWODOWO. |
|  | Powodem bycia biernym jest:(proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat) | * bycie emerytem;
* bycie rencistą;
* studentem studiów dziennych;
* przebywanie na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawana jest za bierną zawodowo;
* inny - …………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………… |
|

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………… | …………………………………………… |
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA | CZYTELNY PODPIS KANDYDATA |

 |

**Zał. 4 – upoważnienie do pozyskania z BIG InfoMonitor S.A., Biura Informacji Kredytowej, Związku Banków Polskich informacji gospodarczych o konsumencie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Pola do wypełnienia/zaznaczenia** |
| **Upoważnienie do pozyskania z BIG InfoMonitor S.A., Biura Informacji Kredytowej, Związku Banków Polskich informacji gospodarczych o konsumencie (tj. Kandydacie)** |
| **IMIĘ NAZWISKO:……………………………………………………………………………………………………………………….****ADRES ZAMIESZKANIA……………………………………………………………………………………………………………****ADRES ZAMELDOWANIA: ………………………………………………………………………………………………………****NR PESEL:………………………………………………………………………………………………………………………………****DATA URODZENIA: …………………………………………………………………………………………………………………..****NR I SERIA DOK. TOŻSAMOŚCI: ……………………………………………………………………………………………….....** |
|

|  |
| --- |
| **UPOWAŻNIENIE**Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 roku o udostępnianiu informacji gospodarczych i wymianie danych gospodarczych (tj. Dz.U.2014 poz. 1015 ze. zm.) oraz na podstawie art. 105 ust. 4a i 4a1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku - Prawo bankowe (tj. Dz.U.2017 poz. 1876 ze zm.) w związku z art. 13 ustawy o udostępnianiu informacji gospodarczych i wymianie danych gospodarczychJa,…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….(imię nazwisko konsumenta- Kandydata do projektu)Niniejszym upoważniamCentrum Doradztwa Europejskiego i Finansowego Lendo Łosko spółka jawna, 10-302 Olsztyn, ul. Zientary Malewskiej 20Bdo pozyskania z Biura Informacji Gospodarczej InfoMonitor S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Jacka Kaczmarskiego 77 (BIG InfoMonitor) dotyczących mnie informacji gospodarczych oraz do pozyskania za pośrednictwem BIG InfoMonitor danych gospodarczych z Biura Informacji Kredytowej S.A. (BIK) i Związku Banków Polskich (ZBP) dotyczących mojego wymagalnego od co najmniej 60 dni zadłużenia wobec banków lub instytucji upoważnionych do udzielania kredytów, przekraczającego 200 złotych (dwieście złotych) lub braku danych o takim zadłużeniu. Jednocześnie upoważniam ww. przedsiębiorcę do pozyskania z BIG InfoMonitor informacji dotyczących składanych zapytań na mój temat do Rejestru BIG InfoMonitor w ciągu ostatnich 12 miesięcy ………………………………………….…………… |
|  | data i czytelny podpis kandydata |

 |

**Informacja przeznaczona dla konsumenta (kandydata)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | - | BIG InfoMonitor S.A. | Biuro Informacji Kredytowej S.A. | Związek Banków Polskich |
| 1. | Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: | Centrum Doradztwa Europejskiego i FinansowegoLendo Łosko spółka jawna |
| 2. | Z Administratorem można się skontaktować poprzez adres e-mail, lub pisemnie (adres siedziby Administratora): | dns2@cdef.pl | info@big.pl | info@bik.pl | kontakt@zbp.pl |
| 3. | Wyznaczeni zostali inspektorzy ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez adres poczty elektronicznej lub pisemnie (adres siedziby Administratora)  | dns2@cdef.pl | iod@big.pl | iod@bik.pl | iod@zbp.pl |
| 4. | Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. |
| 5. | Pani/Pana dane będąprzetwarzaneprzez: | Wierzyciela w celu pozyskania informacji gospodarczych, danych gospodarczych lub weryfikacji wiarygodności płatniczej na podstawie udzielonego przez Panią/Pana upoważnienia. | BIG InfoMonitor, w celu udostępnienia informacji gospodarczych oraz prowadzenia Rejestru Zapytań, co stanowi uzasadniony interes Administratora danych, będący podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. | BIK i ZBP w celu, udostępnieniadanych gospodarczych, co stanowi uzasadniony interes Administratora danych, będący podstawa przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. |
| 6. | Wierzyciel, BIG InfoMonitor, BIK oraz ZBP przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w zakresie: imię, nazwisko, adres zamieszkania, adres zameldowania, data urodzenia, numer PESEL, nr dokumentu tożsamości. |
| 7. | Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. |
| 8. | W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. |
| 9. | W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie zgody przysługuje Pani/Panu także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych. Uprawnienie do przenoszenia danych nie dotyczy danych, które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa Wierzyciela. |
| 10. | Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych. |

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)
4. w punktach 1-4 zaznaczono odpowiedzi „tak” [↑](#footnote-ref-4)
5. w punktach 1-2 zaznaczono odpowiedzi „tak” [↑](#footnote-ref-5)