

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji uczestników do projektu – Formularz rekrutacyjny

FORMULARZ REKRUTACYJNY

„Wsparcie na starcie - zostań przedsiębiorcą”

Wypełnia osoba przyjmująca formularz:	
Data i godzina przyjęcia zgłoszenia	
Numer kolejny zgłoszenia- numer identyfikacyjny	

Instrukcja wypełniania Formularza Rekrutacyjnego:

1. Wszystkie niezacienione pola Formularza rekrutacyjnego należy wypełnić czytelnie (odręcznie lub komputerowo).
2. Formularz należy podpisać czytelnie w miejscach do tego wyznaczonych.
3. Odpowiedzi na pytania w Formularzu rekrutacyjnym należy zaznaczyć znakiem **X**
4. Formularz należy spiąć wraz z załącznikami i dostarczyć w zamkniętej kopercie opisanej zgodnie z wzorem zawartym w §5 Regulaminu rekrutacji uczestników do właściwego terytorialnie biura projektu
5. Formularz rekrutacyjny należy dostarczyć osobiście lub za pośrednictwem poczty tradycyjnej do:
POWIAT KWIDZYŃSKI I SZTUMSKI- Biura Partnera powiatu kwidzyńskiego i sztumskiego na adres: **Powisłańska Lokalna Grupa Działania, ul. Braterstwa Narodów 46 pok. 6, 82- 500 Kwidzyn**
POWIAT TCZEWSKI, STAROGARDZKI I MALBORSKI- Biura Partnera powiatu tczewskiego, starogardzkiego i malborskiego na adres: **KOLORY ŻYCIA, pl. Św. Grzegorza 5 pok. 204, 83- 110 Tczew.**
Termin przyjmowania Formularzy rekrutacyjnych każdorazowo będzie podany na stronie internetowej www.kppt.pl, www.koloryzycia.tczew.pl oraz www.powislanskalgd.pl
6. W przypadku Formularzy rekrutacyjnych dostarczonych za pośrednictwem poczty będzie brana pod uwagę data stempla pocztowego w pozostałych przypadkach (np. osobiście) data wpływu Formularza do Biura Projektu.
7. Realizator projektu nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia w dostarczeniu Formularzy rekrutacyjnych.
8. Formularze rekrutacyjne nadesłane w sposób inny niż wymienione powyżej (np. drogą elektroniczną bądź faxem) pozostaną bez rozpatrzenia.

I. DANE UCZESTNIKA I KONTAKTOWE

1. Imię i nazwisko:	
2. Data urodzenia:	
3. Miejsce urodzenia:	
4. PESEL:	
5. Wiek na dzień złożenia formularz rekrutacyjnego:	
6. Seria i nr dowodu osobistego:	
7. Telefon kontaktowy:	
8. E-mail:	
9. Adres zamieszkania:	
Województwo:	POMORSKIE
Powiat:	<input type="checkbox"/> KWIDZYŃSKI <input type="checkbox"/> SZTUMSKI <input type="checkbox"/> MALBORSKI <input type="checkbox"/> TCZEWSKI <input type="checkbox"/> STAROGARDZKI
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu/lokalu:	
10. Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) ¹ <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) ² <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)

¹ dotyczy osób, które ukończyły Liceum ogólnokształcące, Liceum profilowane, Technikum, Uzupełniające liceum ogólnokształcące, Technikum uzupełniające lub Zasadniczą szkołę zawodową

² dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną

II. KRYTERIA REKRUTCJI

<p>11. Status kandydata / kandydatki na rynku pracy:</p>	<p><input type="checkbox"/> Jestem osobą bezrobotną, znajdującą się w szczególnie trudnej sytuacji na rynku pracy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Osobą w wieku 50 lat i więcej <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Osobą z niepełnosprawnością <input type="checkbox"/> Osobą długotrwale bezrobotną (powyżej 12 miesięcy nieprzerwanie) <input type="checkbox"/> Osobą o niskich kwalifikacjach (max. wykształcenie ponadgimnazjalne) <p><input type="checkbox"/> Jestem bezrobotnym mężczyzną w wieku 30- 49 lat</p> <p><input type="checkbox"/> Posiadam zatrudnienie w formie umowy krótkoterminowej lub pracuję w ramach umowy cywilnoprawnej, których miesięczne zarobki nie przekraczają 120% wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę, w odniesieniu do miesiąca poprzedzającego dzień przystąpienia do projektu</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jestem osobą ubogą pracującą <input type="checkbox"/> Jestem osobą odchodzącą z rolnictwa lub członkiem jej rodziny <input type="checkbox"/> Jestem imigrantem (w tym osobą polskiego pochodzenia) <input type="checkbox"/> Jestem reemigrantem.
	<p>Jestem osobą bezrobotną:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy

III. STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI</p>
<p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>Osoba z niepełnosprawnością</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI</p>
<p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI</p>

IV. JESTEM ZAINTERESOWANY/ -A UDZIAŁEM WE WSPARCIU SZKOLENIOWYM POZWALAJĄCYM NA PRZYGOTOWANIE DO SAMODZIELNEGO PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

12. Tematy szkoleń	<input type="checkbox"/> Zasady podejmowania działalności gospodarczej w Polsce <input type="checkbox"/> Zakładanie jednoosobowej działalności gospodarczej, spółki cywilnej, jawnej i partnerskiej <input type="checkbox"/> Księgowość w firmie <input type="checkbox"/> Konkurencja, planowanie oferty, asortyment <input type="checkbox"/> Marketing <input type="checkbox"/> Internet i jego rola w prowadzeniu działalności gospodarczej
---------------------------	--

V. OPIS PLANOWANEGO PRZEDSIĘWZIĘCIA

13. Planowana działalność:	<input type="checkbox"/> handlowa	<input type="checkbox"/> usługowa	<input type="checkbox"/> produkcyjna
inna – proszę podać rodzaj:			
14. Pomysł na biznes: <ul style="list-style-type: none"> • Proszę zwięźle przedstawić swój pomysł na biznes. Proszę opisać przedmiot wykonywanej działalności, charakterystykę oferowanych usług / produktów. • Proszę scharakteryzować osoby, instytucje, przedsiębiorstwa, do których kierowana będzie oferta firmy. Proszę opisać oczekiwania klientów. • Proszę wskazać głównych konkurentów na rynku oraz zakres wykonywanej przez nich działalności. Czym będzie się różnić Pani/ Pana oferta na tle konkurencji? Proszę podać obszar, na jakim firma będzie działać oraz miejsce siedziby planowanej działalności gospodarczej (miasto/wieś i powiat). • Co jest niezbędne, by planowane przedsiębiorstwo mogło sprawnie funkcjonować? Jakie są ryzyka związane z prowadzeniem opisanej działalności gospodarczej (wewnętrzne, zewnętrzne)? Jakich korzyści można się spodziewać? Jakie są możliwe sposoby przeciwdziałania i minimalizowania ryzyka i problemów przedsiębiorstwa (np. brak klientów, brak środków) - które z nich są akceptowalne dla Pana/ Pani? • Posiadane doświadczenie i wykształcenie przydatne do prowadzenia działalności. 			

cd.

Świadomy/-ma odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń potwierdzam własnoręcznym podpisem, że dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym oraz że nie posiadam zdolności do **samodzielnego sfinansowania** planowanej działalności gospodarczej.

.....
data, czytelny, odręczny podpis imieniem i nazwiskiem

- Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej realizowany w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego z Działania 5.7 Nowe mikroprzedsiębiorstwa Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego 2014-2020.
- Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie „Wsparcie na starcie- zostań przedsiębiorcą” oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
- Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu „Wsparcie na starcie- zostań przedsiębiorcą”.
- Zobowiązuję się do informowania Realizatora Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych, kontaktowych wpisanych w Formularzu rekrutacyjnym.
- Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych i testach wiedzy, które mogą odbyć się w trakcie projektu.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz wizerunku w tym tzw. danych wrażliwych, zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, wsparcia, monitoringu i ewaluacji projektu „Wsparcie na starcie- zostań przedsiębiorcą”, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się przez Realizatora projektu- Kwidzyński Park Przemysłowo- Technologiczny Sp. z o. o. oraz Partnerów KOLORY ŻYCIA, Powiślańska Lokalna Grupa Działania obowiązków wobec Instytucji Zarządzającej (Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego w Gdańsku). Moja zgoda obejmuje również nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku przez Realizatora projektu oraz Partnerów, w celu realizacji, monitoringu i promocji Projektu „Wsparcie na starcie – zostań przedsiębiorcą realizowanego w ramach RPO WP na lata 2014-2020 zgodnie z przepisami ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1191, z późn. zm.) oraz przetwarzanie danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.
- Oświadczam, że zostałem/ -am poinformowany/- a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania oraz zostałam/em poinformowana/y, iż administratorem moich danych są Realizator projektu- Kwidzyński Park Przemysłowo- Technologiczny Sp. z o. o..
- Oświadczam, że zapoznałem/ -am się z „Regulaminem rekrutacji uczestników i przyznania wsparcia finansowego na założenie działalności gospodarczej” do projektu „Wsparcie na starcie- zostań przedsiębiorcą” i akceptuję jego warunki.
- Oświadczam, że podane dane w Formularzu rekrutacyjnym są prawdziwe.
- Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 kodeksu karnego³ oświadczam, że nie posiadałam aktywnego wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o

³ Zgodnie z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) „Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo

Działalności Gospodarczej (CEIDG), nie byłem/ -am zarejestrowany/a jako przedsiębiorca w Krajowym Rejestrze Sądowym (KRS) lub nie prowadziłem/ -am działalności gospodarczej na podstawie odrębnych przepisów w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu.

- Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 kodeksu karnego⁴ oświadczam, że nie zawiesiłam/em ani nie miałam/em zawieszoną działalność gospodarczą na podstawie przepisów o CEIDG lub KRS w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu
- Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 kodeksu karnego⁵ oświadczam, że nie byłem/am karany/a za przestępstwo skarbowe, korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
- Oświadczam, że nie korzystam równoległe z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy, PFRON, środków oferowanych w ramach POWER, RPO WP 2014-2020, Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich 2014-2020, na pokrycie tych samych wydatków związanych z podjęciem oraz prowadzeniem działalności gospodarczej
- Oświadczam, że:
- że nie byłem/em zatrudniony w ciągu ostatnich 2 lat u beneficjenta, partnera lub wykonawcy;
 - nie pozostaję w stosunku zatrudnienia u beneficjenta, partnera lub wykonawcy;
 - nie łączę lub nie łączyłem mnie z beneficjentem i/lub pracownikiem beneficjenta, partnera lub wykonawcy uczestniczącym w procesie rekrutacji i oceny biznesplanów:
 - związek małżeński, stosunek pokrewieństwa i powinowactwa (w linii prostej lub bocznej do II stopnia);
 - związek z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli;
 - inny związek faktyczny, który może budzić uzasadnione wątpliwości, co do zachowania zasady bezstronności;
- Oświadczam, że wobec mojej osoby nie został orzeczony zakaz 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. z 2019 r. poz. 869, ze zm.).
- Oświadczam, że nie posiadam zajęcia komorniczego z tytułu obowiązku alimentacyjnego

.....
data, czytelny, odręczny podpis imieniem i nazwiskiem

od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi – kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, elektronicznego instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.

⁴ J. w.

⁵ J. w.

Preferencje dotyczące realizacji wsparcia (pola nieobowiązkowe)	
Najdogodniejszy dla Pana/ Pani czas realizacji szkoleń to:	<input type="checkbox"/> od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 -16:00 <input type="checkbox"/> od poniedziałku do piątku w godzinach 13:00 - 21:00 <input type="checkbox"/> weekendy w godzinach 8:00 -21:00
Uwaga! Powyższe informacje zbierane są w celu możliwie najlepszego dopasowania oferowanego wsparcia do Państwa potrzeb. Wg przyjętych założeń zajęcia powinny odbywać się w dniach od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 -16:00. Po analizie Państwa wyborów Beneficjent podejmie decyzję o ewentualnej zmianie.	
Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności lub stanu zdrowia	
Rodzaj potrzeb:	<input type="checkbox"/> Druk materiałów powiększoną czcionką <input type="checkbox"/> Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych <input type="checkbox"/> Zapewnienie tłumacza języka migowego <input type="checkbox"/> Inne:.....

Załączniki:

- Zaświadczenie z ZUS/KRUS o statusie na rynku pracy