



WSTĘPNY FORMULARZ REKRUTACYJNY

DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA

w ramach

**Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego
na lata 2014 - 2020**

Oś Priorytetowa 6

RYNEK PRACY

Działanie 6.5

Doskonalenie kompetencji osób pracujących i wsparcie procesów adaptacyjnych

Projekt „Czas na zmiany” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez Daily School Anita Połchowska, na podstawie Umowy nr RPWP.06.05.00-30-0214/16-00 zawartej z Zarządem Województwa Wielkopolskiego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014 – 2020.

Data wpływu Wstępnego formularza rekrutacyjnego do biura projektu

podpis

Numer ewidencyjny

(wypełnia Beneficjent)

I. Dane personalne potencjalnego uczestnika projektu

Imię/imiona:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Adres zamieszkania ¹ :	
- Ulica:	
- Nr domu:	
- Nr lokalu:	
- Kod pocztowy:	
- Gmina:	
- Powiat:	
- Województwo:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	

¹ Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. Adres ten powinien umożliwić kontakt w przypadku zakwalifikowania do projektu.

II. Aktualny status zawodowy potencjalnego uczestnika projektu

Oświadczam, że (zaznaczyć „x”):

1.	Jestem osobą zwolnioną ² z pracy z przyczyn nie dotyczących pracownika w wyniku procesów restrukturyzacyjnych, adaptacyjnych i modernizacyjnych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2.	Jestem osobą przewidzianą do zwolnienia z pracy ³ z przyczyn nie dotyczących pracownika w wyniku procesów restrukturyzacyjnych, adaptacyjnych i modernizacyjnych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3.	Jestem osobą zagrożoną zwolnieniem z pracy ⁴ z przyczyn nie dotyczących pracownika w wyniku procesów restrukturyzacyjnych, adaptacyjnych i modernizacyjnych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
4.	Ponadto należę do jednej/kilku z poniższych grup:	
	o osoby w wieku 50 lat i więcej,	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	o osoby o niskich kwalifikacjach ⁵ ,	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	o osoby o z niepełnosprawnościami ⁶	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	o kobiety	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	o osoby poniżej 30 roku życia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

² Dotyczy osób pozostających bez zatrudnienia, które utraciły pracę z przyczyn nie dotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu.

³ Dotyczy osób, które znajdują się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracownika lub osób, które zostały poinformowane przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego.

⁴ Dotyczy osób zatrudnionych u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie do projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracowników, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników (Dz. U. z 2016 r., poz. 1474) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 1666, z późn. zm.), 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.

⁵ **Osoby o niskich kwalifikacjach** - osoby posiadające wykształcenie na poziomie do ISCED 3 włącznie, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Standardów Edukacyjnych ISCED 2011 (UNESCO).

⁶ **Osoby z niepełnosprawnościami** - osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (7. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.).

	<input type="radio"/> o osoby z obszaru: miast i innych obszarów tracących dotychczasowe funkcje społeczno-gospodarcze (zgodnie z regionalnymi Obszarami Strategicznej Interwencji – OSI)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

Wykształcenie (należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED)	ISCED 5-8 Wyższe	
	ISCED 4 Policealne	
	ISCED 3 Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa)	
	ISCED 2 Gimnazjalne	
	ISCED 1 Podstawowe	
	ISCED 0 Brak	

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu (odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej)

Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.					
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

Tak		Nie		Odmowa podania informacji	
-----	--	-----	--	---------------------------	--

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań 1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach) 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane) 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą) 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).					
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

Tak		Nie			
-----	--	-----	--	--	--

Osoba z niepełnosprawnościami 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 niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.					
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

Tak		Nie		Odmowa podania informacji	
-----	--	-----	--	---------------------------	--



Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym, bez osób pracujących			
Gospodarstwo domowe, w którym żaden członek nie pracuje. Wszyscy członkowie gospodarstwa domowego są albo bezrobotni albo bierni zawodowo.			
Tak		Nie	
w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu			
(Należy wypełnić tylko w przypadku gdy powyżej zaznaczono odpowiedź: Tak)			
Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są biernie zawodowo oraz mieszkają z rodzicem/rodzicami.			
Tak		Nie	
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu			
Osoba dorosła to osoba powyżej 18 lat. Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są biernie zawodowo oraz mieszkają z rodzicem.			
Tak		Nie	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)			
Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0.			
(Odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia)			
Tak		Nie	Odmowa podania informacji

III. Opis planowanej działalności gospodarczej (dotyczy ubiegania się o dotacje na otwarcie działalności gospodarczej)

OPIS PLANOWANEGO PRZEDSIĘWZIĘCIA (pomysł biznesowy)
1. Proszę opisać planowaną przez Panią/Pana działalność gospodarczą (lokalizacja siedziby, lokalizacja miejsc wykonywania działalności, teren działania, planowana forma prowadzenia działalności, branża, jeżeli to możliwe to podać nr PKD wraz z pełną nazwą przedmiotu PKD, przedmiot planowanej działalności, pozwolenia i licencje wymagane dla planowanej działalności).
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Posiadane zasoby, tj. kwalifikacje i umiejętności niezbędne do prowadzenia działalności gospodarczej.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Charakterystyka potencjalnych klientów/odbiorców/kontrahentów.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Proszę określić planowane wydatki związane z uruchomieniem własnej działalności.



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Czy w Pani/Pana branży istnieje konkurencja i jaką ma Pani/Pan wiedzę na jej temat.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Proszę opisać stopień przygotowania inwestycji do realizacji.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....
.....

7. Jakie ma Pani/Pan posiadane wykształcenie/doświadczenie do prowadzenia działalności gospodarczej.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

IV. Oświadczenia.

- oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż: Administratorem moich danych osobowych jest w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020 - Marszałek Województwa Wielkopolskiego mający siedzibę przy al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań. Natomiast w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - Minister Rozwoju, mający siedzibę przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi 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 Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020:
 - rozporządzenia 1303/2013;
 - rozporządzenia 1304/2013;
 - ustawy wdrożeniowej.
 - w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
 - rozporządzenia 1303/2013;
 - rozporządzenia 1304/2013;
 - ustawy wdrożeniowej;



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).

Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu RPWP.06.05.00-30-0214/16-00, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+).

Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej – Zarządowi Województwa Wielkopolskiego, Al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań, Beneficjentowi realizującemu Projekt - Anicie Połchowskiej prowadzącej działalność gospodarczą pod firmą Anita Połchowska Daily School, ul. Serbska 14B/16, 61-696 Poznań. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach WRPO 2014+.

Oświadczam, iż podane przeze mnie dane osobowe są prawdziwe i aktualne.

Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.

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.

W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy⁷.

Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych;

.....
data i czytelny podpis

⁷ Dotyczy wyłącznie Projektów zatwierdzonych do realizacji w ramach konkursów, w których zostały wprowadzone kryteria wyboru dotyczące efektywności zatrudnieniowej lub społeczno-zatrudnieniowej.



- Oświadczam, że zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że nie pozostaję w stosunku pracy lub innym (w tym w ramach umów cywilnoprawnych) z Beneficjentem (Projektodawcą) oraz nie łączę i nie łączyłem z Beneficjentem i/lub jego pracownikiem uczestniczącym w procesie rekrutacji i oceny biznesplanów: związek małżeński, stosunek pokrewieństwa i powinowactwa i/lub związek z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli;

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że nie pozostaję w stosunku pracy lub innym (w tym w ramach umowy cywilnoprawne) z wykonawcą w ramach projektu oraz w stosunku pracy z Samorządem Województwa Wielkopolskiego;

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że nie zostałem/-am ukarany/-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 (dalej „ufp”) (Dz. U. z 2016 r., poz. 1870). Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Beneficjenta o zakazach dostępu do środków o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ufp orzeczonych w stosunku do mnie w okresie realizacji projektu;

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że zapoznałem/-am się z *Regulaminem rekrutacji uczestników* i akceptuję jego warunki;

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w *Regulaminie rekrutacji uczestników* i *Wstępnym formularzu rekrutacyjnym* jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie;

.....
data i czytelny podpis



- Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że nie posiadałem/-am zarejestrowanej działalności gospodarczej w Krajowym Rejestrze Sądowym, Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub prowadziłem/-am działalność na podstawie odrębnych przepisów (w tym m.in. działalność adwokacką, komorniczą lub oświatową) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu;

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że nie korzysta równoległe z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy, PFRON oraz środków oferowanych w ramach WRPO 2014+, bądź PO WER czy PROW 2014-2020, przeznaczonych na pokrycie tych samych wydatków związanych z podjęciem oraz prowadzeniem działalności gospodarczej;

.....
data i czytelny podpis

IV. Ocena kwalifikowalności uczestnictwa w Projekcie (*wypełnia Beneficjent*)

Kandydat spełnia/nie spełnia⁸ wstępne kryteria uczestnictwa w Projekcie (*wypełnia Beneficjent*)

.....

Data oraz czytelny podpis osoby weryfikującej Wstępny formularz rekrutacyjny

.....

⁸ Niepotrzebne skreślić