



## **Formularz rekrutacyjny**

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 „Zmiana krokiem w przyszłość” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez *Centralna Agencja Rozliczeń Sp. z o.o.*, na podstawie Umowy nr RPWP.06.05.00-30-0210/16-00 zawartej z Zarządem Województwa Wielkopolskiego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014 – 2020.

Data wpływu Formularza do biura projektu ..... podpis .....

Numer ewidencyjny ..... *(wypełnia Beneficjent)*

### **I. Dane personalne potencjalnego Uczestnika projektu**

<b>Imię/Imiona:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>Data i miejsce urodzenia:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Adres zamieszkania<sup>1</sup>:</b>	
<b>- Ulica:</b>	
<b>- Nr domu:</b>	

<sup>1</sup> 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.

- Nr lokalu:	
- Kod pocztowy:	
- Gmina:	
- Powiat:	
- Województwo:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	

## II. Aktualny status zawodowy potencjalnego Uczestnika projektu

Oświadczam, że (zaznaczyć „x”):

1.	Jestem osobą zwolnioną <sup>2</sup> z pracy z przyczyn niedotyczących pracownika w wyniku procesów restrukturyzacyjnych, adaptacyjnych i modernizacyjnych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2.	Jestem osobą przewidzianą do zwolnienia z pracy <sup>3</sup> z przyczyn niedotyczących pracownika w wyniku procesów restrukturyzacyjnych, adaptacyjnych i modernizacyjnych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3.	Jestem osobą zagrożoną zwolnieniem z pracy <sup>4</sup> z przyczyn niedotyczących 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:	
	<input type="checkbox"/> osoby w wieku 50 lat i więcej,	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<input type="checkbox"/> osoby o niskich kwalifikacjach <sup>5</sup> ,	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

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

<sup>3</sup> Dotyczy osób, które znajdują się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracownika lub osób, które zostały poinformowane przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego.

<sup>4</sup> Dotyczy osób zatrudnionych u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie 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 (Dz. U. z 2016 r. poz. 1474) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, 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.

<sup>5</sup> Osoby o niskich kwalifikacjach - osoby posiadające wykształcenie do ISCED 3 włącznie, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Standardów Edukacyjnych ISCED 2011 (UNESCO).

<sup>6</sup> 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 (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.).





**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. Status w chwili przystąpienia do projektu.**

Przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Odmowa podania danych
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Odmowa podania danych
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	



Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej np. (np. osoba nieposiadająca wykształcenia podstawowego, zamieszkująca obszar wiejski, byli więźniowie, osoba uzależniona itp.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania danych

## V. Oświadczenia.

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

.....  
data i czytelny podpis

- 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 potwierdzenia kwalifikowalności uczestnictwa w Projekcie (nr Projektu) .....

.....  
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że jestem świadomy/-a, iż składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą może podlegać odpowiedzialności karnej, wynikającej m. in. z art. 286 Kodeksu Karnego



.....  
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 cywilnoprawnej) 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 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 korzystam równolegle z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy, PFRON oraz środków przyznawanych w ramach PROW 2014-2020 i WRPO 2014+, przeznaczonych na pokrycie tych samych wydatków związanych z podjęciem oraz prowadzeniem działalności gospodarczej. Otrzymane dofinansowanie nie stanowi wkładu własnego w innych projektach;

.....  
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 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

### **I. Ocena kwalifikowalności uczestnictwa w Projekcie (wypełnia Beneficjent)**

Kandydat spełnia/nie spełnia<sup>7</sup> wstępne kryteria uczestnictwa w Projekcie (wypełnia Beneficjent)

.....

Data oraz czytelny podpis osoby weryfikującej formularz rekrutacyjny

.....



---

<sup>7</sup> Niepotrzebne skreślić