**Wstępny 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 *„Nowe Perspektywy”* współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez *Centralna Agencja Rozliczeń Sp. z o.o.*, na podstawie Umowy nr RPWP.06.05.00-30-0042/18 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)***

1. **Dane personalne potencjalnego Uczestnika projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię/Imiona:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Data i miejsce urodzenia:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Adres zamieszkania[[1]](#footnote-1):** |  |
| **- Ulica:** |  |
| **- Nr domu:** |  |
| **- Nr lokalu:** |  |
| **- Kod pocztowy:** |  |
| **- Gmina:** |  |
| **- Powiat:** |  |
| **- Województwo:** |  |
| **Telefon kontaktowy:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Wykształcenie:** |  niższe niż podstawowe (ISCED 0)   podstawowe (ISCED 1)   gimnazjalne (ISCED 2)   ponadgimnazjalne (ISCED 3)   policealne (ISCED 4)   wyższe (ISCED 5-8) |

1. **Aktualny status zawodowy potencjalnego Uczestnika projektu**

**Oświadczam, że: (podkreśl właściwe)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Jestem osobą zwolnioną[[2]](#footnote-2) z pracy z przyczyn niedotyczących pracownika w wyniku procesów restrukturyzacyjnych, adaptacyjnych i modernizacyjnych.  **Proszę podać datę zwolnienia** | TAK NIE  ………………………………  dzień, miesiąc, rok |
| 2. | Jestem osobą przewidzianą do zwolnienia z pracy[[3]](#footnote-3) z przyczyn niedotyczących pracownika w wyniku procesów restrukturyzacyjnych, adaptacyjnych i modernizacyjnych | TAK NIE |
| 3. | Jestem osobą zagrożoną zwolnieniem z pracy[[4]](#footnote-4) z przyczyn niedotyczących pracownika w wyniku procesów restrukturyzacyjnych, adaptacyjnych i modernizacyjnych | TAK NIE |
| 4. | Jestem osobą odchodzącą z rolnictwa[[5]](#footnote-5) | TAK NIE |
| 5. | Ponadto należę do jednej/kilku z poniższych grup: | |
|  | Osoby niepełnosprawne | TAK NIE |
| Osoby o niskich kwalifikacjach[[6]](#footnote-6) | TAK NIE |
| Osoby, które ukończyły 50 lat | TAK NIE |
| osoby z obszaru: miast i innych obszarów tracących dotychczasowe funkcje społeczno-gospodarcze (zgodnie z regionalnymi Obszarami Strategicznej Interwencji – OSI) | TAK NIE |

1. **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 ul.Wspólnej 2/4, 00-926 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) RPWP.06.05.00-30-0042/18

………...……………….……………………

data i czytelny podpis

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

………...……………….……………………

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 nie prowadzę działalności rolniczej innej niż wskazana w art. 2 ustawy  
  z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy  
  (Dz. U. z 2015 r., poz. 149 ze zm.);

………...……………….……………………

data i czytelny podpis

* Oświadczam, że w przypadku rozpoczęcia przeze mnie działalności gospodarczej będzie ona zarejestrowana na terenie województwa wielkopolskiego;

………...……………….……………………

data i czytelny podpis

* Oświadczam, że nie pozostaję w stosunku pracy lub innym (w tym w ramach umów cywilnoprawnych) z Beneficjentem (Projektodawcą) oraz nie łączy mnie i nie łączył  
  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) 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 2013 r., poz. 885 ze zm.). 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 i uczestnictwa w projekcie* i *Formularzu rekrutacyjnym* jestem uprawniony/-a do uczestnictwa  
  w projekcie;

………...……………….……………………

data i czytelny podpis

* Oświadczam, że po rozpoczęciu działalności gospodarczej zamierzam/nie zamierzam zarejestrować się jako płatnik podatku VAT;

………...……………….……………………

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 (proszę zaznaczyć właściwe):

○ w ciągu bieżącego roku budżetowego oraz dwóch poprzedzających go lat budżetowych, nie otrzymałem/-am pomocy de minimis lub

○ w ciągu bieżącego roku budżetowego oraz dwóch poprzedzających go lat budżetowych, otrzymałem/-am pomoc de minimis w wysokości ………………………………[[7]](#footnote-7)

………...……………….……………………

data i czytelny podpis

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

………...……………….……………………

data i czytelny podpis

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

|  |
| --- |
| Kandydat spełnia/nie spełnia[[8]](#footnote-8) wstępne kryteria uczestnictwa w Projekcie (wypełnia Beneficjent)  **………………………………………………………………………………………………………….** |
| Data oraz czytelny podpis osoby weryfikującej formularz rekrutacyjny  **………………………………………………………………………………………………………….** |

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 [↑](#footnote-ref-1)
2. Dotyczy osób pozostających bez zatrudnienia, które utraciły pracę z przyczyn niedotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu. [↑](#footnote-ref-2)
3. 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. [↑](#footnote-ref-3)
4. 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 d 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. [↑](#footnote-ref-4)
5. osoba podlegająca ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu na podstawie ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r.

   o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2017 r. poz. 2336, z późn. zm.) (KRUS) z tytułu prowadzenia

   gospodarstwa rolnego lub pracy w gospodarstwie rolnym, zamierzająca podjąć zatrudnienie lub inną działalność pozarolniczą, objętą obowiązkiem ubezpieczenia społecznego na podstawie ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.) (ZUS); [↑](#footnote-ref-5)
6. Osoby o niskich kwalifikacjach - osoby posiadające wykształcenie do ISCED 3 włącznie, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Standardów Edukacyjnych ISCED 2011 (UNESCO). [↑](#footnote-ref-6)
7. Należy załączyć zaświadczenia o otrzymanej pomocy de minimis. [↑](#footnote-ref-7)
8. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-8)