

Formularz zgłoszenia

Tytuł projektu	Zmiany w MŚP oraz wzrost kwalifikacji/kompetencji przedsiębiorców i pracowników z subregionu pilskiego
Numer projektu	RPWP.06.05.00-30-0074/18
Nr wpływu	
Data wpływu	
Podpis przyjmującego	

Szanowni Państwo,

Dziękujemy za zainteresowanie Projektem. Prosimy o wypełnienie Formularza zgłoszenia niezbędnego do rozpoczęcia procesu rekrutacji.

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA FORMULARZA ZGŁOSZENIA:

- WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA KOMPUTEROWO lub CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI,
- POLA WYBORU ZAZNACZYĆ „X”,
- ZŁOŻYĆ CZYTELNY PODPIS,
- SUGERUJEMY DRUKOWAĆ FORMULARZ ZGŁOSZENIA 2-STRONNIE.

CZĘŚĆ I

DANE DOTYCZĄCE KLIENTA - PRZEDSIĘBIORSTWA

1	Nazwa przedsiębiorstwa	
2	NIP przedsiębiorstwa	
3	Czy przedsiębiorstwo jest mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwem?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4	Rodzaj przedsiębiorstwa	<input type="checkbox"/> mikroprzedsiębiorstwo <small>(Przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR. W kategorii mikroprzedsiębiorstwa należy uwzględnić również osoby prowadzące działalność na własny rachunek)</small>
		<input type="checkbox"/> małe przedsiębiorstwo <small>(Przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR)</small>
		<input type="checkbox"/> średnie przedsiębiorstwo <small>(Przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 250 pracowników i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR)</small>
5	Prowadzi działalność na terenie subregionu pilskiego, powiatu: chodzieskiego, czarnkowsko-trzcianeckiego, pilskiego, wągrowieckiego, złotowskiego <small>(w przypadku posiadania filii / oddziałów w kilku subregionach wybór Operatora należy do przedsiębiorcy)</small>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6	Ilość pracowników (zg. z definicją w Załączniku nr 1 do niniejszego formularza zgłoszenia)	

7	Główna działalność PKD		
8	Forma prowadzenia księgowości	<input type="checkbox"/> ryczałt <input type="checkbox"/> książka przychodów i rozchodów <input type="checkbox"/> pełna księgowość	
9	Działalność w preferowanych branżach lub sektorach (branżach o największym potencjale rozwojowym i/lub branżach strategicznych dla danego regionu)	biosurowce i żywność dla świadomych konsumentów	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		wnętrza przyszłości	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		przemysł jutra	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		wyspecjalizowane procesy logistyczne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		rozwój oparty na ICT	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		nowoczesne technologie medyczne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		budownictwo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
10	Adres przedsiębiorstwa	Ulica: Numer budynku: Numer lokalu: Kod pocztowy: Miejscowość:	
11	Województwo przedsiębiorstwa		
12	Powiat		
13	Gmina		
14	Telefon kontaktowy		
15	Adres pocztowy (e-mail)		
16	Opis prowadzonej działalności		
17	Wysokość obrotu za ubiegły rok		
18	Podmiot objęty jest postępowaniem upadłościowym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
19	Czy przedsiębiorstwo otrzymało wsparcie w ramach Działania 2.2 PO WER polegającej na opracowaniu analizy potrzeb rozwojowych lub planu rozwoju przedsiębiorcy lub grupy przedsiębiorców ?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
20	Czy przedsiębiorstwo otrzymało wsparcie w ramach Działania 2.21 PO WER polegającej na opracowaniu analizy potrzeb rozwojowych lub planu rozwoju przedsiębiorcy lub grupy przedsiębiorców ?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

DANE DOTYCZĄCE WYBRANEJ USŁUGI ROZWOJOWEJ	
TYTUŁ USŁUGI ROZWOJOWEJ (WYSZUKANA OFERTA USŁUGI Z SYSTEMU BUR)	
NUMER USŁUGI ROZWOJOWEJ (IDENTYFIKATOR KARTY USŁUGI ROZWOJOWEJ)	
MIEJSCE REALIZACJI USŁUGI ROZWOJOWEJ	
WYBRANA USŁUGA ROZWOJOWA KOŃCZY SIĘ UZYSKANIEM KWALIFIKACJI	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
WYBRANA USŁUGA ROZWOJOWA KOŃCZY SIĘ UZYSKANIEM KOMPETENCJI	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
RACJONALNE UZASADNIENIE WYBRANEJ USŁUGI ROZWOJOWEJ SŁUŻĄCEJ ROZWOJU PRZEDSIĘBIORSTWA	

DEKLARACJA ZGŁOSZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE

<input type="checkbox"/>	<i>Deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie „Zmiany w MŚP oraz wzrost kwalifikacji/kompetencji przedsiębiorców i pracowników z subregionu pilskiego”</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Zapoznałem/łam się z treścią „Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie” i w pełni akceptuję jego postanowienia oraz zobowiązuję się do postępowania według jego zapisów.</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Zostałem/-am poinformowany/-a o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014 – 2020.</i>

Oświadczam prawdziwość powyższych danych w niniejszym formularzu zgłoszenia własnoręcznym podpisem:

Miejscowość, data	
Imię i nazwisko osoby reprezentującej przedsiębiorstwo	
Podpis i pieczęć firmową (jeśli Państwo posiadają):	



CZĘŚĆ II

Wypełniana jest przez każdą z osób, która będzie brała udział w usłudze rozwojowej

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU - PRZEDSIĘBIORCY/PRACOWNIKA:

I. DANE OSOBOWE					
Imię:			Nazwisko:		
PESEL: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			BRAK PESELA: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
Płeć:		<input type="checkbox"/> Mężczyzna		<input type="checkbox"/> Kobieta	
II. ADRES ZAMIESZKANIA					
Ulica:					
Nr domu:		Nr lokalu:		Kod pocztowy:	
Miejscowość:					
Powiat:			Województwo:		
Obszar:		<input type="checkbox"/> Miejski		<input type="checkbox"/> Wiejski	
Adres poczty elektronicznej (e-mail):					
Numer telefonu kontaktowego:					
III. POSIADANE WYKSZTAŁCENIE					
<input type="checkbox"/> Podstawowe (szkoła podstawowa) – ISCED 1	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (gimnazjum) – ISCED 2	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (zasadnicza szkoła zawodowa, technikum, technikum uzupełniające, liceum: ogólnokształcące, profilowane) – ISCED 3	<input type="checkbox"/> Policealne (szkoły policealne) – ISCED 4	<input type="checkbox"/> Studia krótkiego cyklu (Nauczycielskie Kolegium Językowe, Kolegium Pracowników Służb Społecznych) – ISCED 5	<input type="checkbox"/> Wyższe: I stopnia, II stopnia, jednolite magisterskie, doktoranckie – ISCED 6 - 8
Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu					
OŚWIADCZAM, IŻ JESTEM:					
Osobą pracującą:			<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
Zatrudniony w (proszę podać pełną nazwę):				
Zatrudniona na umowę o pracę			<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
Zatrudniona na umowę zlecenie			<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE



Zatrudniona na umowę o dzieło	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osobą pracującą:		
w mikroprzedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w małym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w średnim przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
właścicielem	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osobą wykonującą zawód	
Osobą, 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.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osobą bezdomną lub dotkniętą 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).	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osobą z niepełnosprawnościami tj. osobą z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej 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)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Niniejszym oświadczam, że dane powyższe, zawarte w niniejszym formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.	<input type="checkbox"/>	
Zapoznałem/łam się z treścią „Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie” i w pełni akceptuję jego postanowienia oraz zobowiązuję się do postępowania według jego zapisów.	<input type="checkbox"/>	
Zostałem/-am poinformowany/-a o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014 – 2020.	<input type="checkbox"/>	
Deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie „Zmiany w MŚP oraz wzrost kwalifikacji/kompetencji przedsiębiorców i pracowników z subregionu pilskiego”	<input type="checkbox"/>	

Oświadczam prawdziwość powyższych danych w niniejszym formularzu zgłoszenia własnoręcznym podpisem:

Miejscowość, data	
Podpis czytelny zgłaszanego Uczestnika projektu	

Załączniki do formularza zgłoszeniowego:

1. Załącznik nr 1 - Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.

Załączniki do formularza zgłoszeniowego – dla Przedsiębiorstwa:

2. Załącznik nr 2 – Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
3. Załącznik nr 3 - Oświadczenie o pomocy de minimis.
4. Załącznik nr 4 - Oświadczenie o braku obowiązku zwrotu pomocy w wyniku decyzji podjętej przez Komisję Europejską.
5. Załącznik nr 5 - Oświadczenie o korzystaniu z usługi rozwojowej.
6. Załącznik nr 6 - Oświadczenie o prowadzeniu działalności w branży smart specialisation lub o największym potencjale rozwojowym.
7. Załącznik nr 7 – Oświadczenie dotyczące przetwarzania danych osobowych.
8. Załącznik nr 9 – Oświadczenie o spełnianiu kryteriów MŚP

Załączniki do formularza zgłoszeniowego – dla Uczestnika projektu:

9. Załącznik nr 8 – Oświadczenie dotyczące przetwarzania danych osobowych Uczestnika projektu.