Załącznik nr 2

Data wpływu formularza rekrutacyjnego: ……………………………………..

Nr formularza rekrutacyjnego …………………………………………………

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

Zgłaszam chęć wzięcia udziału w Projekcie pt**. „Nowa Perspektywa- Nowa Praca” nr RPLD.10.02.02-10-B009/17** wramach osi priorytetowej X „Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie” Działanie X.2 „Rozwój pracowników i przedsiębiorstw” Poddziałanie X.2.2 „Wdrożenie programów typu outplacement”, realizowanego przez Centrum Samorządności i Regionalizmu w terminie 01.03.2018 r. -31.12.2019 r.

**I. DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię/Imiona: |  |
| Nazwisko:  |  |
| Data i miejsce urodzenia:  |  |
| Stan cywilny |  |
| Numer i rodzaj dokumentu tożsamości |  |
| PESEL:  |  | Wiek: |  |
| STAN CYWILNY: |  |
| Płeć: | **🞏** kobieta **🞏** mężczyzna  |
| Adres zamieszkania: |
| Ulica: |  |
| Nr domu: |  | Nr lokalu: |  |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: |  |
| Gmina: |  | Powiat: |  |
| Województwo: |  |
| Telefon stacjonarny: |  |
| Telefon komórkowy: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres zamieszkania): |
| Ulica: |  |
| Nr domu: |  | Nr lokalu: |  |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: |  |
| Gmina: |  | Powiat: |  |
| Województwo: |  |

**II POZOSTAŁE DANE KANDYDATA**

**Status uczestnika:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jestem osobą zwolnioną z przyczyn dotyczących zakładu pracy w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu****-**Jestem zarejestrowany/a w powiatowym urzędzie pracy jako bezrobotny/a-Nie jestem zarejestrowany/a w powiatowym urzędzie pracy jako bezrobotny/a ale pozostaję bez zatrudnienia |  **TAK NIE** **TAK NIE** **TAK NIE** |
| **Jestem osobą przewidzianą do zwolnienia**tj. osobą która znajduje się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn dotyczących zakładu pracy, lub która została poinformowana przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego |  **TAK NIE** |
| **Jestem osobą zagrożoną zwolnieniem z pracy**tj. osobą zatrudnioną u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie tego pracownika 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 2015 r., poz. 192)* lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy *(Dz. U. z 2014 r., poz. 1502 z późniejszymi* *zmianami)*, 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. |  **TAK NIE** |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnością-** osoba niepełnosprawna w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776), a także osoba 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. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. |  **TAK NIE** |
| **POSIADAM WYKSZTAŁCENIE:****NIŻSZE niż PODSTAWOWE****PODSTAWOWE** **GIMNAZJALNE****PONADGIMNAZJALNE OGÓLNOKSZTAŁCĄCE****PONADGIMNAZJALNE ZAWODOWE****ZASADNICZE ZAWODOWE****WYŻSZE****INNE(wpisać)……………………** |  |

**III. OPIS PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**

|  |
| --- |
| **OPIS PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ** |
|  |
| **POSIADANE KWALIFIKACJE, DOŚWIADCZENIE I UMIEJĘTNOŚCI NIEZBĘDNE DO PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ** |
|  |
|  |
| **PLANOWANY KOSZT INWESTYCJI** |
|   |
|  |

**IV OŚWIADCZENIA:**

**Oświadczam, że:**

* w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu nie posiadałem/am aktywnego wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej ani nie byłem/am zarejestrowany/a jako przedsiębiorca w Krajowym Rejestrze Sądowym ani nie prowadziłem/am działalności gospodarczej na podstawie odrębnych przepisów
* nie zasiadam w organach zarządzających lub kontrolnych podmiotów prowadzących działalność gospodarczą
* nie korzystam równolegle z innych środków publicznych na rozpoczęcie działalności gospodarczej w tym w szczególności środków Funduszy Pracy, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PEFRON) lub środków przyznawanych w ramach EFS i EFRR, przeznaczonych na pokrycie tych samych wydatków związanych z podjęciem oraz prowadzeniem działalności gospodarczej
* nie jestem zaangażowany/na w realizację Projektu po stronie Beneficjenta lub wykonawcy w Projekcie[[1]](#footnote-1)
* nie otrzymałem/am w okresie 3 lat poprzedzających dzień przystąpienia do projektu wsparcia finansowego ze środków publicznych na uruchomienie lub prowadzenie działalności gospodarczej
* nie pełnię funkcji prokurenta
* nie jestem wspólnikiem spółki osobowej ani nie posiadam więcej niż 10% udziału w kapitale spółki kapitałowej
* nie został wobec mnie orzeczony zakaz dostępu do środków publicznych, o którym mowa w art. 12 ust. 1 pkt. 1 ustawy z 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 2012 r., poz. 769)
* nie posiadam zaległości w zapłacie podatków, składek ubezpieczenia społecznego lub zdrowotnego ani nie jest wobec mnie prowadzona egzekucja
* posiadam pełną zdolność do czynności prawnych
* nie byłem/am karany/a za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu
* zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i akceptuję zawarte w nim warunki;
* dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą;
* chcę rozpocząć działalność gospodarczą.
* zgodnie z wymogami jestem uprawniony do uczestnictwa w projekcie;
* mam świadomość, że wsparcie w ramach projektu może odbywać się w miejscowości innej niż moje miejsce zamieszkania;
* zobowiązuję się dostarczyć Beneficjentowi, w terminie do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie, oświadczenie o moim statusie na rynku pracy (zgodnie ze wzorem).

.

**Zgoda na gromadzenie i przetwarzania danych osobowych:**

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby rekrutacji do niniejszego projektu i zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U.

2002, nr 101, poz. 926 ze zm.). Moja zgoda na przetwarzanie danych jest dobrowolna, znam swoje prawa w zakresie danych osobowych wynikające z przywołanej wyżej ustawy, w tym prawo wglądu do swoich danych i ich poprawiania.

**Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.**

…………………………………., dnia……………… ………………………………………………

 (Miejscowość) (Czytelny podpis osoby składającej formularz)

1. Poprzez osobę zaangażowaną należy rozumieć osobę, która na jakimkolwiek etapie realizacji Projektu wykonała w nim jakiekolwiek czynności na podstawie umowy z Beneficjentem bądź wykonawca. [↑](#footnote-ref-1)