Załącznik nr 2

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

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

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

Zgłaszam chęć wzięcia udziału w Projekcie pt**. „Kreatorzy Sukcesu” nr RPLD.10.02.02-10-0010/18** w ramach 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 partnerstwie z Doradztwo Personalne i Szkolenia Aleksandra Zakrzewska w terminie 01.01.2019 r. -31.12.2020 r.

**I. DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię/Imiona: | | |  | | | |
| Nazwisko: | | |  | | | |
| Data i miejsce urodzenia: | | |  | | | |
| Stan cywilny | | |  | | | |
| Numer i rodzaj dokumentu tożsamości | | |  | | | |
| PESEL: | | |  | | Wiek: |  |
| 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, która utraciła pracę z przyczyn niedotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu**  tj. osobą, która pozostaje bez zatrudnienia, która utraciła pracę z przyczyn niedotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu i nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy i nie jest jednocześnie osoba samo zatrudnioną. | **TAK NIE** |
| **Jestem osobą przewidzianą do zwolnienia**  tj. osobą która znajduje się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracownika lub która została poinformowana przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego i nie posiadam jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracyi nie jestem jednocześnie osobą samo zatrudnioną. | **TAK NIE** |
| **Jestem osobą zagrożoną zwolnieniem z pracy**  tj. osobą zatrudnioną 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 z późn. Zm.)* 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. Nie posiadam jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy i nie jestem jednocześnie osobą samo zatrudnioną. | **TAK NIE** |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnością-** osobą niepełnosprawną 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 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 legitymujące się :  -orzeczeniem o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności albo o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, na podstawie odrębnych przepisów;  -orzeczeniem o niepełnosprawności, wydanym przed ukończeniem przez dana osobę 16. Roku życia;  -osoby z zaburzeniami psychicznymi (również zdefiniowanej ustawowo). | **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 korzystałam/Em lub nie skorzystam równolegle z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza środków Funduszu Pracy, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) oraz środków oferowanych w ramach EFS na pokrycie tych samych związanych z podjęciem lub prowadzeniem działalności gospodarczej
* nie jestem zaangażowany/na w realizację Projektu po stronie Beneficjenta partnera Beneficjenta lub wykonawcy w Projekcie[[1]](#footnote-2)
* 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
* nie byłem/am karany/a za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu
* zapoznałam/em się z treścią Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa oraz Regulaminu przyznawania środków finansowych na rozwój przedsiębiorczości
* nie byłem/am karany/a za przestępstwo skarbowe oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełna zdolność do czynności prawnych
* nie zostałam/em ukarana/y karą zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt. 1 i 4 ustawy z 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017r. poz. 2077, dalej „ufp”) i 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 niego w okresie realizacji umowy
* podejmowana działalność gospodarcza wraz z towarzyszącymi jej zasobami materialnymi będącymi jej zapleczem nie jest działalnością gospodarczą, która wcześniej była prowadzona przez członka mojej rodziny (zakaz wejścia w faktyczne władztwo lub współwładztwo przedsiębiorstwa lub jego części należącego do członka rodziny)
* dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą;

.

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

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby rekrutacji do niniejszego projektu izgodnie 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-2)