Załącznik nr 1

**Formularz rekrutacyjny**

Projekt „Zostań swoim szefem” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez SUPER NATURA 2000 sp. z o.o.  na podstawie Umowy nr RPPK.07.03.00-18-0067/17-00 z dnia 30 października 2017 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie   
w ramach

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020

OŚ PRIORYTETOWA VII. REGIONALNY RYNEK PRACY

DZIAŁANIE 7.3 – WSPARCIE ROZWOJU PRZEDSIĘBIORCZOŚCI

**I. Dane personalne potencjalnego uczestnika projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię/Imiona |  |
| Nazwisko |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| PESEL: |  |
| NIP: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adres zamieszkania: | | | |
| Ulica: |  | | |
| Nr domu: |  | Nr lokalu: |  |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: |  |
| Gmina: |  | Powiat: |  |
| Województwo: |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Telefon: |  |
| Adres e-mail: |  |

**II. Ankieta dotycząca statusu potencjalnego uczestnika projektu (kandydata) –** status na rynku pracy i/lub inne dane pozwalające ocenić przynależność kandydata do danej grupy docelowej.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Należy zaznaczyć odpowiednie pola np. poprzez postawienie znaku X** | | | | | |
| **Status na rynku pracy kandydata** | Osoba bezrobotna, w tym: | | | |  |
| -osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP[[1]](#footnote-1) | | | |  |
| -osoba bezrobotna niezarejestrowana w PUP *(tj. osoba pozostająca bez pracy, gotowa do jej podjęcia i aktywnie poszukująca zatrudnienia)* | | | |  |
| -osoba długotrwale bezrobotna *(tj*. *osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy*) | | | |  |
| Osoba bierna zawodowo *(tj. osoba która nie jest bezrobotna w rozumieniu definicji powyżej, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej tzn. nie pracuje)* | | | |  |
| **Wykształcenie** | Brak/niższe niż podstawowe | |  | Podstawowe |  |
| Gimnazjalne | |  | Zasadnicze zawodowe |  |
| Średnie | |  | Policealne |  |
| Wyższe | | | |  |
| **Jestem osobą niepełnosprawną[[2]](#footnote-2)** | | TAK | | |  |
| NIE | | |  |
| **Jestem rodzicem/opiekunem prawnym posiadającym, co najmniej 3 dzieci w wieku do 18 lat** | | TAK | | |  |
| NIE | | |  |

**III. Opis planowanej działalności gospodarczej**

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE O PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ** | |
| **1**. **Opis planowanej działalności gospodarczej**  *Proszę opisać przedmiot wykonywanej działalności, sektor, branże, główne kategorie oferowanych usług / produktów oraz podać obszar, na jakim firma będzie działać.* |  |
| **2**. **Informacje o klientach, do których kierowane będą usługi / produkty oraz charakterystyka konkurencji**  *Proszę scharakteryzować osoby (instytucje, przedsiębiorstwa), do których kierowana będzie oferta firmy. Dlaczego wybrano taką grupę docelową? Proszę podać, z jakich innych ofert będą mogli skorzystać klienci. Czym będzie się różnić oferta wnioskodawcy na tle konkurencji ?* |  |
| **3. Zakres planowanych wydatków w ramach dotacji**  *Jakie zakupy wnioskodawca planuje sfinansować w ramach otrzymanej dotacji ? Proszę o wskazanie planowanych zakupów i kosztów inwestycji.* |  |
| **4. Stopień przygotowania inwestycji oraz spójność posiadanych kwalifikacji i umiejętności w stosunku do planowanej Działalności Gospodarczej (w tym posiadanie uprawnień, pozwoleń etc.)**  *Co jest niezbędne by planowane przedsiębiorstwo mogło sprawnie funkcjonować (odpowiedni lokal, sprzęt, uprawnienia, kwalifikacje, itp.) ? Czy wnioskodawca podjął jakieś kroki, by warunki te spełnić ? Proszę również podać posiadane doświadczenie, wykształcenie, kwalifikacje i umiejętności przydatne do prowadzenia planowanej działalności.* |  |

**IV. Oświadczenia**

**Świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań**

**Oświadczam że[[3]](#footnote-3):**

* nie posiadam aktywnego wpisu do CEIDG, nie byłem zarejestrowany w KRS jako przedsiębiorca, nie prowadziłem działalności gospodarczej na podstawie przepisów odrębnych w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu,
* nie była/-em karana/-y za przestępstwo skarbowe oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
* nie korzystam równolegle z innych bezzwrotnych środków publicznych na rozpoczęcie działalności gospodarczej w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, środków oferowanych w ramach PO WER, RPO oraz środków oferowanych w ramach Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich 2014-2020 na pokrycie tych samych wydatków związanych z podjęciem i prowadzeniem działalności gospodarcze
* dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są prawdziwe,
* w ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych nie otrzymałam/-em pomocy *de minimis,*
* zapoznałam/em się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa* oraz *Regulaminem przyznawania* ś*rodków finansowych na rozwój przedsiębiorczości* i akceptuję jego warunki,
* w ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych otrzymałam/-em pomoc *de minimis* w wysokości *…………………………….……………*[[4]](#footnote-4),
* nie pozostaję w związku małżeńskim lub w faktycznym pożyciu albo w stosunku pokrewieństwa i powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa i powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia z Beneficjentem, i/lub pracownikiem Beneficjenta, Partnera lub wykonawcy,
* nie pozostaję /nie pozostawałam/ -em w ciągu ostatnich dwóch lat w stosunku pracy lub innym (umowa zlecenie, umowa o dzieło lub inne) z Beneficjentem, Partnerem Beneficjenta lub wykonawcą,
* nie zamierzam rozpocząć działalności gospodarczej prowadzonej wcześniej przez członka rodziny[[5]](#footnote-5), z wykorzystaniem zasobów materialnych (pomieszczenia, sprzęt itp.) stanowiących zaplecze dla tej działalności, w przypadku gdy członek rodziny zaprzestał prowadzenia działalności gospodarczej nie później niż miesiąc przed dniem złożenia przeze mnie Formularza rekrutacyjnego,
* nie zamierzam prowadzić działalności gospodarczej jednocześnie o tym samym profilu co przedsiębiorstwo prowadzone przez członka rodziny[[6]](#footnote-6) i pod tym samym adresem,   
  z wykorzystaniem pomieszczeń w których jest prowadzona działalność

……………………………………………………………………………...………….…………………

(*Data złożenia formularza rekrutacyjnego oraz czytelny podpis potencjalnego Uczestnika Projektu*)

Projekt ,,Zostań swoim szefem” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez SUPER NATURA 2000 sp. z o.o. oraz Fundację Incept na podstawie Umowy o dofinansowanie projektu nr RPPK.07.03.00-18-0067/17-00 z dnia 30 października 2017 roku podpisanej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020

**OŚ PRIORYTETOWA VII. REGIONALNY RYNEK PRACY**

**DZIAŁANIE 7.3 – WSPARCIE ROZWOJU PRZEDSIĘBIORCZOŚCI**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię/Imiona |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DODATKOWE KRYTERIA FORMALNE** | | **TAK** | **NIE** |
| Status na rynku pracy | Pracujący |  |  |
| Wypełnić jeśli powyżej oznaczono „Pracujący” | Przebywam na urlopie macierzyński/rodzicielskim |  |  |
| Przebywam na urlopie wychowawczym |  |  |
| Nie przebywam na ww. urlopach – trwam w zatrudnieniu |  |  |
| Jestem członkiem rodziny bezpłatnie pomagającym osobie prowadzącej działalność gospodarczą | |  |  |
| Jestem w trakcie zakładania działalności gospodarczej | |  |  |
| W okresie 3 lat poprzedzających dzień przystąpienia do Projektu otrzymałem-am środki na podjęcie działalności gospodarczej pochodzące z funduszy publicznych; | |  |  |
| Zamierzam założyć działalność w ramach sektorów, o których mowa w art. 1 rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis*, | |  |  |

Data i podpis ............................................

1. Osoby zarejestrowane w PUP powinny załączyć do formularza urzędowe zaświadczenie [↑](#footnote-ref-1)
2. Osoby niepełnosprawne powinny załączyć do formularza orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokumentu poświadczający stan zdrowia [↑](#footnote-ref-2)
3. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-3)
4. W przypadku otrzymania pomocy publicznej należy dołączyć odpowiednie kopie zaświadczeń z instytucji, która

   jej udzieliła. [↑](#footnote-ref-4)
5. Pod pojęciem członka rodziny rozumie się małżonkę/małżonka oraz osobę znajdującą się w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, a także pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia i / lub związek z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli. [↑](#footnote-ref-5)
6. Pod pojęciem członka rodziny rozumie się małżonkę/małżonka oraz osobę znajdującą się w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, a także pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia i / lub związek z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli. [↑](#footnote-ref-6)