**ZAŁĄCZNIK NR 6a DO REGULAMINU REKRUTACJI I PRZYZNAWANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH**

**NA ROZWÓJ PRZEDSIĘBIORCZOŚCI**

**KARTA OCENY PREDYSPOZYCJI KANDYDATA I DIAGNOZA POTRZEB SZKOLENIOWYCH**

w ramach **Projektu:** „SAMODZIELNI PRZEDSIĘBIORCZY”

nr RPDS.08.03.00-02-0073/20

**Osi Priorytetowej 8 Rynek pracy**

**Działanie 8.3** **Samozatrudnienie, przedsiębiorczość oraz tworzenie nowych miejsc pracy**

**Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego 2014-2020**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr identyfikacyjny (tożsamy z numerem nadanym na formularzu rekrutacyjnym)** |  |
| **Imię i Nazwisko Oceniającego** |  |
| **Data rozmowy** |  |
| **Tytuł projektu** | ***SAMODZIELNI PRZEDSIĘBIORCZY*** |

**DEKLARACJA POUFNOŚCI I BEZSTRONNOŚCI OCENIAJĄCEGO**

Niniejszym oświadczam, że:

* + - nie pozostaję w związku małżeńskim ani w faktycznym pożyciu albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia i nie jestem związany/a z tytułu przysposobienia, opieki, kurateli z uczestnikiem ubiegającym się o dofinansowanie. W przypadku stwierdzenia takiej zależności zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Przewodniczącego Komisji Rekrutacyjnej i wycofania się z oceny niniejszego formularza rekrutacyjnego,
    - nie pozostaję z uczestnikiem ubiegającym się o dofinansowanie w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności. W przypadku stwierdzenia takiej zależności zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Przewodniczącego Komisji Rekrutacyjnej i wycofania się z oceny tego projektu.

Ponadto oświadczam, że:

* + - zobowiązuję się, że będę wypełniać moje obowiązki w sposób uczciwy i sprawiedliwy, zgodnie z posiadaną wiedzą,
    - zobowiązuję się również nie zatrzymywać kopii jakichkolwiek pisemnych lub elektronicznych informacji,
    - zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy i w zaufaniu wszystkich informacji i dokumentów ujawnionych mi lub wytworzonych przeze mnie lub przygotowanych przeze mnie w trakcie lub jako rezultat oceny i zgadzam się, że informacje te powinny być użyte tylko dla celów niniejszej oceny i nie mogą zostać ujawnione stronom trzecim.

……………….., dnia …..…………………… r.

*............................................................*

*Podpis oceniającego*

**KARTA OCENY PREDYSPOZYCJI KANDYDATA**

**Część 1 Ocena predyspozycji kandydata wraz z uzasadnieniem**

Uzasadnienie liczby przyznanych punktów *(minimum 5 zdań dla każdej ocenianej kategorii)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Oceniana Kategoria** | | **Przyznana ilość punktów** | **Maksymalna**  **ilość punktów** |
| 1. **Motywacja** **kandydata do prowadzenia działalności gospodarczej** | |  | 10 |
| Uzasadnienie: |  | | |
| 2. **Cechy osobowościowe** **kandydata w kontekście planowanej działalności** | |  | 10 |
| Uzasadnienie: |  | | |
| 3. **Rzeczowość i spójność wypowiedzi w kontekście planowanej działalności gospodarczej** | |  | 10 |
| Uzasadnienie: |  | | |
| **Ilość przyznanych punktów łącznie:** | |  | **30** |

**Część 2. Całościowe uzasadnienie oceny:**

(minimum 10 zdań)

Data dokonania oceny: Podpis oceniającego:

…………………………………. …………………………………….

**FORMULARZ DIAGNOZY POTRZEB SZKOLENIOWYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| **Część 3.** W wyniku przeprowadzonej diagnozy potrzeb szkoleniowych doradca zawodowy, w sytuacji zakwalifikowania się kandydata/kandydatki do projektu rekomenduje (zaznaczyć właściwe w kolumnie b. symbolem X): | |
| **a.** | **b.** |
| 1. Skierować kandydata na szkolenie w pełnym wymiarze godzin |  |
| 1. Zwolnić kandydata z części zakresu tematycznego i/lub skierować na szkolenie w niepełnym wymiarze godzin |  |
| 1. Zwolnić kandydata z całości etapu szkoleniowego |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Część 4**. Zdiagnozowane potrzeby szkoleniowe w porównaniu do wsparcia zaplanowanego we wniosku o dofinansowanie | | | | |
| LP. | Zakresy tematyczne szkoleń przewidziane we wniosku o dofinasowanie | Liczba godzin zaplanowana w we Wniosku o dofinansowanie | Czy zaplanowana tematyka i liczba godzin odpowiada zdiagnozowanym potrzebą kandydata do projektu | |
| **TAK** | **NIE** (podać rekomendowaną liczbę godzin) **\*** |
|  | działalność gospodarcza w kontekście przepisów prawnych oraz wybrane aspekty prawa pracy i prawa handlowego | **16** |  |  |
|  | księgowość oraz wybrane przepisy podatkowe i ZUS | **8** |  |  |
|  | zakładanie działalności gospodarczej | **4** |  |  |
|  | podstawy marketingu | **4** |  |  |
|  | inne źródła finansowania działalności gospodarczej | **4** |  |  |
|  | negocjacje biznesowe | **4** |  |  |
|  | sporządzenie biznesplanu i jego realizacja | **24** |  |  |
|  | pozyskanie i obsługa klienta | **4** |  |  |
|  | BHP (w tym kwestie bezpieczeństwa związane z COVID-19) | **4** |  |  |
|  | kwestie związane z poprawą rentowności | **4** |  |  |
|  | strategie radzenia sobie przedsiębiorstw w sytuacji lockdownu | **4** |  |  |

**\****Dla każdego zakresu tematycznego, dla którego zaznaczono odpowiedź „NIE”, w nawiasie należy wskazać rekomendowaną liczbę godzin danego zakresu tematycznego (w wypadku, gdy dane zakres tematyczny w ogóle nie jest rekomendowany dla danego/danej kandydata/kandydatki należy wpisać „0”).*

**Część 5. Uzasadnienie dot. zwolnienia z części lub całości szkoleń** *(pole należy uzupełnić dla osób dla których rekomendowane jest zwolnienie z całości lub części szkoleń – zaznaczony pkt. 2. lub 3. w części 3; należy wskazać uzasadnienie zwolnienia ze szkoleń oraz wskazać oświadczenia, zaświadczenia i inne dokumenty, które przedłożył i/lub zobowiązał się przedłożyć kandydat/kandydatka, w zakresie potwierdzenia posiadania adekwatniej wiedzy i umiejętności)***:**

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

**Część 6. Szczególne potrzeby kandydata/kandydatki w zakresie dostępności do projektu, w szczególności w zakresie realizacji wsparcia szkoleniowego, w tym potrzeba zastosowania MRU** *(w tym polu należy wpisać wszelkie dodatkowe potrzeby kandydatów związane z realizacją zasady równości szans kobiet i mężczyzn oraz zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami; jeżeli nie zidentyfikowano dodatkowych potrzeb wpisać „nie dotyczy” lub przekreślić):…………………  
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

**Część 7. Podsumowanie:**

**Łączna liczba godzin szkolenia rekomendowana dla kandydata/kandydatki:** ………………………..…….,

**Planowana data wsparcia szkoleniowego[[1]](#footnote-1):**…………………………………………………….

**Planowane miejsce szkoleń[[2]](#footnote-2):** ……………………………………………………………………..

Data dokonania oceny: Podpis doradcy zawodowego:

…………………………………. …………………………………..……………….

1. W wypadku, gdy szczegółowy harmonogram szkoleń nie będzie ustalony na etapie diagnozy, należy podać zapis ogólny (np. miesiąc) [↑](#footnote-ref-1)
2. W wypadku, gdy konkretne miejsce szkoleń nie będzie znane na etapie diagnozy, należy podać zapis ogólny (np. miejscowość). Jednocześnie zastrzegamy możliwość zmiany miejsca szkolenia, gdy po wyłonieniu uczestników projektu okaże się, że struktura wyłonionych uczestników projektu pozwala na organizację szkoleń ich miejsca zamieszkania. [↑](#footnote-ref-2)