Załącznik nr 1

|  |
| --- |
| **Data wpływu Formularza rekrutacyjnego:**  ………………………………………….……………………………….  **Godzina:** …………………………………………………………  **Numer rekrutacyjny:** …………………………..…………… |

**FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKÓW PROJEKTU**

**DO PODDZIAŁANIA 7.3.3**

**REGIONALNY PROGRAM OPERACYJNY WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO na lata 2014-2020**

|  |  |
| --- | --- |
| **Beneficjent** | **EURO CAPITAL Doradztwo Gospodarcze Sp. z o.o. Sp. k.** |
| **Tytuł projektu** | **WŁASNY BIZNES – WSPARCIE NA STARCIE DLA OSÓB 50+** |
| **Nr projektu** | WND RPSL.07.03.03-24-06A3/16 |
| **Czas trwania projektu** | 01.07.2017 – 31.03.2019 |

1. Należy wypełnić czytelnie (najlepiej drukowanymi literami)
2. Należy wypełnić wszystkie wymagane pola
3. W miejscach wyboru należy postawić krzyżyk
4. W rubryce, niedotyczącej danego Kandydata/-tki, wymagane jest wpisanie „NIE DOTYCZY”

**CZĘŚĆ A**

**UWAGA !!!**

Jeżeli dana rubryka nie dotyczy osoby zainteresowanej należy umieścić zapis „nie dotyczy” albo zakreślić (elektronicznie lub odręcznie) pole wyboru „nie dotyczy”.

**Nie należy usuwać jakichkolwiek treści załącznika**

|  |  |
| --- | --- |
| **I - DANE OSOBOWE** | |
| Imię (imiona) i Nazwisko: |  |
| Płeć: | * Kobieta * Mężczyzna |
| Wiek (liczba pełnych skończonych lat, obliczona na dzień złożenia Formularza rekrutacyjnego) |  |
| PESEL: |  |
| NIP: |  |
| Stan cywilny: | * wolny * w związku małżeńskim |
| Wykształcenie | * **Podstawowe** * **Gimnazjalne** * **Ponadgimnazjalne** *(liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa)* * **Policealne** *(szkoły policealne)* * **Studia krótkiego cyklu** *(Nauczycielskie Kolegium Językowe, Kolegium Pracowników Służb Społecznych)* * **Studia licencjackie lub odpowiedniki** *(studia I stopnia, tytuły zawodowe: inżynier, licencjat)* * **Studia magisterskie i podyplomowe** (studia II stopnia oraz jednolite studia magisterskie, tytuł zawodowy: magister) * **Studia doktoranckie**   Ukończone szkoły/uczelnie: *(szkoły podstawowe należy wymienić tylko w przypadku gdy stanowią jedyne uzyskane wykształcenie)*  …………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **II – ADRES ZAMIESZKANIA** (zgodnie z art. 25 Kodeksu Cywilnego) | |
| Ulica, nr domu, lokalu |  |
| Kod pocztowy, miejscowość |  |
| Gmina: |  |
| Powiat: |  |
| Województwo: |  |
| Miasto/wieś | * miasto * wieś |
| **III – DANE KONTAKTOWE** | |
| Adres do korespondencji (wypełnić tylko w przypadku gdy różni się z adresem wskazanym w części II): |  |
| Numer telefonu kontaktowego:  (**UWAGA! Pole obowiązkowe!**  W przypadku braku osobistego numeru telefonu, należy wskazać numer należący do innej osoby, która umożliwi nawiązanie kontaktu z Kandydatem/-tką) | * Nr telefonu osobistego * Nr telefonu należący do innej osoby *(proszę wpisać do kogo):*   ……………………………………………………………………………………………..  Nr telefonu: ………………………………………………… |
| Adres poczty elektronicznej |  |
| **IV - DANE DOT. KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU** | |
| Status na rynku pracy | * **Bezrobotny** (tj. osoba zarejestrowana w PUP lub osoba niezarejestrowana w PUP pozostająca bez pracy, gotowa do jej podjęcia i aktywnie poszukująca zatrudnienia) * **Bierny/nieaktywny zawodowo** (tj. osoba która nie jest bezrobotna w rozumieniu definicji powyżej, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej, tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna) * **Pracujący** * **Inny** *(proszę wpisać jaki)* …………………………………………..…………………….. |
| Wypełnić jeśli powyżej oznaczono „Pracujący” | * Przebywam na urlopie macierzyński/rodzicielskim * Przebywam na urlopie wychowawczym * Nie przebywam na ww. urlopach – trwam w zatrudnieniu * Nie dotyczy |
| Bezrobotny  (należy podać nieprzerwany okres pozostawania bez pracy) | * do 6 m-cy * od 6 do 12 miesięcy * Powyżej 12 miesięcy * Nie dotyczy |
| Jestem członkiem rodziny bezpłatnie pomagającym osobie prowadzącej działalność gospodarczą | * Tak * Nie |
| Zamierzam podjąć działalność gospodarczą | * Tak * Nie |
| Będę prowadził/-a działalność gospodarczą jako osoba fizyczna | * Tak * Nie |
| Planowana data podjęcia działalności gospodarczej |  |
| Czy Kandydat/-ka uruchomi działalność gospodarczą, jeżeli nie otrzyma wsparcia finansowego na rozwój przedsiębiorczości | * Tak * Nie   Uzasadnienie:……………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………… |
| Czy Kandydat/-ka uruchomi działalność gospodarczą, jeżeli nie otrzyma wsparcia pomostowego | * Tak * Nie   Uzasadnienie:……………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Inne** | |
| Orzeczenie o stopniu  niepełnosprawności | * Tak * Nie |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | * Tak * Nie |

**CZĘŚĆ B**

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE O PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ** | |
| **OPIS POMYSŁU NA BIZNES**  Proszę uzasadnić potrzebę założenia działalności, opisać planowane przedsięwzięcie (m.in. na czym będzie polegać, sektor/branża w jakiej będzie prowadzona działalność), wskazać czy działalność wykorzystuje niszę rynkową |  |
| **CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU/USŁUGI ORAZ KLIENTÓW**  Proszę scharakteryzować oferowane produkty/usługi oraz wskazać prognozowany poziom sprzedaży. Proszę również opisać osoby, instytucje, przedsiębiorstwa, do których kierowana będzie oferta firmy. Proszę wskazać dlaczego wybrano taką grupę docelową. |  |
| **DOŚWIADCZENIE, WYKSZTAŁCENIE, KWALIFIKACJE ZAWODOWE**  Proszę opisać doświadczenie zawodowe związane z profilem podejmowanej działalności. Proszę opisać posiadane wykształcenie oraz ewentualne posiadane dodatkowe kwalifikacje np. certyfikaty, zaświadczenia, uprawnienia, ukończone szkolenia. Proszę podać tylko te związane z profilem planowanej działalności |  |
| **PLANOWANE KOSZTY INWESTYCJI**  Jakie nakłady finansowe (np. zakup środków trwałych, towary i materiały, reklama i promocja) są niezbędne do prowadzenia planowanej przez Pana/Panią działalności gospodarczej. Proszę wskazać przybliżoną kwotę kosztów |  |

……………………………….. ……………….………………………

(miejscowość, data) (czytelny podpis Kandydata/-tki)

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA** |
| Ja niżej podpisany/a.......................................................................................................................................................  (Imię i Nazwisko)  zamieszkały/a.................................................................................................................................................................  (adres zamieszkania)  legitymujący/a się dowodem osobistym (seria, nr)......................................................................................................  wydanym przez .............................................................................................................................................................  **Pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:** |
| ***\*W wierszach poniżej należy wykreślić niewłaściwą odpowiedź*** |
| 1. Oświadczam, że posiadałem(am)/ nie posiadałem(am) zarejestrowanej działalności gospodarczej (tj. wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej), żę **byłem/byłam zarejestrowany(a)\*/ nie byłem/byłam zarejestrowany(a**)\* jako przedsiębiorca w Krajowym Rejestrze Sądowym oraz oświadczam, iż nie prowadziłem/am działalności na podstawie odrębnych przepisów (w tym m.in. działalności adwokackiej, komorniczej) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu. |
| 1. Oświadczam, że **zawiesiłem(am)\* / nie zawiesiłem(am)** \*prowadzenia działalności na podstawie odrębnych przepisów. |
| 1. Oświadczam, że **zapoznałem(am) się z Regulaminem rekrutacji uczestników i akceptuję jego warunki**. |
| 1. Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. |
| 1. Oświadczam, że **byłem(am) karany(a) \* / nie byłem(am) karany(am)\*** za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny oraz korzystam z pełni praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych. |
| 1. Oświadczam, iż jestem / nie jestem karany(a) karą zakazu dostępu do środków, o których mowa w art.5 ust.3 pkt.1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych. |
| 1. Oświadczam, że **posiadam\* /nie posiadam \* zaległości w** nieuregulowaniu zobowiązań cywilnoprawnych. |
| 1. Oświadczam, że korzystam/ nie korzystam równolegle z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza środków Funduszu Pracy, PFRON oraz środków oferowanych w ramach EFS na pokrycie wydatków związanych z podjęciem oraz prowadzeniem działalności gospodarczej. |
| 1. Oświadczam, że byłem(am) zatrudniony(a) / nie byłam(am) zatrudniony(a) w rozumieniu Kodeksu Pracy w ciągu 3 lat u Beneficjenta/partnera lub wykonawcy (o ile jest już znany) uczestniczącego w procesie rekrutacji. |
| 1. Oświadczam, że w bieżącym roku kalendarzowym oraz dwóch poprzedzających go latach kalendarzowych **korzystałem(am)\* / nie korzystałem(am)\*** z pomocy de minimis, której wartość brutto łącznie z pomocą, o którą się ubiegam, przekraczałaby równowartość w złotych kwoty 200 000 euro, a w przypadku działalności gospodarczej w sektorze transportu drogowego-równowartość w złotych kwoty 100 000 euro, obliczonych według średniego kursu Narodowego Banku Polskiego obowiązującego w dniu udzielenia pomocy. |
| 1. Oświadczam, że **otrzymałem(am)\* w**  przeszłości pomoc publiczną dotyczącą/-ej tych samych kosztów kwalifikowalnych, o które ubiegam się w ramach projektu, w wysokości………………euro, obliczonych według średniego kursu Narodowego Banku Polskiego obowiązującego w dniu udzielenia pomocy.. |
| 1. Oświadczam że planuję/ nie planuję rozpoczęcia działalności gospodarczej w sektorach wykluczonych ze wsparcia, zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis. |
| 1. Oświadczam, iż ciąży/ nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu pomocy, wynikający z decyzji Komisji Europejskiej, uznającej pomoc za niezgodną z prawem oraz wspólnym rynkiem. |
| 1. Oświadczam, że odbywam/nie odbywam karę/-y pozbawienia wolności. |
| 1. Oświadczam, iż w przypadku otrzymania wsparcia finansowego na rozwój przedsiębiorczości i/lub wsparcia pomostowego nie zawieszę prowadzenia działalności gospodarczej w ciągu 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia działalności gospodarczej. |
| 1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez **EURO CAPITAL Doradztwo Gospodarcze Sp. z o. o. Sp. k** moich danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji projektu, zgodnie z *Ustawą* *o ochronie danych osobowych* z dnia 29.08.1997 r. |
| ....................................... …....................................................  (miejscowość, data) (czytelny podpis Kandydata/-tki) |