

Formularz rekrutacyjny

dla kandydata/kandydatki na uczestnika projektu

„Dźwignia przedsiębiorczości”

realizowanego w ramach Działania 6.2 Wsparcie oraz promocja przedsiębiorczości i samozatrudnienia
Priorytetu VI Rynek pracy otwarty dla wszystkich
Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki

Biuro projektu:
Zrzeszenie Kupców i Przedsiębiorców
ul. Piłsudskiego 6
75-511 Koszalin

UWAGA!

1. Formularz rekrutacyjny powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń, długopisem niebieskim lub czarnym. Jeżeli formularz będzie wypełniany komputerowo dopuszcza się edycję wyłącznie białych pól, czcionką wielkości min. 8 pt, w polach wyboru dopuszcza się zastąpienie „kwadracika” literą X jako wybór opcji. Nie należy zmieniać układu tabel i „rozciągać” pól przeznaczonych do edycji.
2. Należy zachować kopie składanych dokumentów rekrutacyjnych, ponieważ oryginał nie podlega zwrotowi i nie jest udostępniany do wglądu.
3. Kserokopie dodatkowo załączanych dokumentów, powinny być opisane klauzulą: „Za zgodność z oryginałem” oraz datą i czytelnym podpisem kandydata na uczestnika projektu.
4. Przed wypełnieniem formularza rekrutacyjnego prosimy zapoznać się z „Regulaminem rekrutacji uczestników projektu Dźwignia przedsiębiorczości”, dostępnym na stronie internetowej: www.dzwigniaprzedsiębiorczosci.zkip.pl oraz w biurze projektu.
5. Formularz należy złożyć w wyznaczonym terminie osobiście albo za pośrednictwem poczty w zamkniętej kopercie zgodnie z procedurą zawartą w „Regulaminie rekrutacji uczestników projektu Dźwignia przedsiębiorczości”.
6. Wszystkie pola należy wypełnić. Jeżeli dane pole nie dotyczy Kandydata, należy wpisać „nie dotyczy” lub wstawić znak „-” (minus). We wszystkich polach wyboru należy zaznaczyć przynajmniej jedną opcję (w zależności od instrukcji).

Wypełnia Biuro Projektu	
<i>Data wpływu dokumentów rekrutacyjnych</i>	
<i>Numer identyfikacyjny kandydata (ID)</i>	



1. Dane osobowe			
1.1. Imię (Imiona)			
1.2. Nazwisko			
1.3. Płeć	<input type="checkbox"/> Mężczyzna		<input type="checkbox"/> Kobieta
1.4. Data urodzenia-.....-..... (dd-mm-rrrr)	1.5. Miejsce urodzenia	
1.6. Wiek (w latach ukończonych)			
1.7. Numer PESEL			
1.8. Seria i numer dowodu osobistego			
2. Wykształcenie (prosimy zaznaczyć jedną odpowiedź)			
<input type="checkbox"/>	Brak	<i>Brak formalnego wykształcenia.</i>	
<input type="checkbox"/>	Podstawowe	<i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej.</i>	
<input type="checkbox"/>	Gimnazjalne	<i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej.</i>	
<input type="checkbox"/>	Ponadgimnazjalne	<i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe).</i>	
<input type="checkbox"/>	Pomaturalne	<i>Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym.</i>	
<input type="checkbox"/>	Wyższe	<i>Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym.</i>	
3. Opieka nad dzieckiem do lat 7 lub osobą zależną <i>(zgodnie z definicją zawartą w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy Dz. U. z dnia 1 maja 2004r.)</i>			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
4. Adres zamieszkania w rozumieniu przepisów art. 25 Kodeksu Cywilnego, umożliwiający kontakt z kandydatem			
4.1. Ulica		4.2. Nr domu	4.3. Nr lokalu
4.4. Miejscowość		4.5. Kod pocztowy	
4.6. Powiat		4.7. Województwo	
4.8. Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> Obszar miejski <i>(obszar położony w granicach administracyjnych miast)</i>		<input type="checkbox"/> Obszar wiejski <i>(tereny położone poza granicami administracyjnymi miast - obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko - wiejskiej)</i>
4.9. Tel. stacjonarny			
4.10. Tel. komórkowy			
4.11. Adres e-mail			

5. Adres zameldowania jeżeli jest inny niż adres zamieszkania			
5.1. Ulica		5.2. Nr domu	5.3. Nr lokalu
5.4. Miejscowość		5.5. Kod pocztowy	
5.6. Powiat		5.7. Województwo	
6. Status kandydata			
6.1. Zatrudniony		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
<i>(Oznacza pracownika w rozumieniu Kodeksu pracy, tj. osobę zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, a także osobę wykonującą pracę na podstawie Kodeksu cywilnego, w szczególności w zakresie umów cywilnoprawnych)</i>			
Jeśli zaznaczyli Państwo odpowiedź „Tak”, prosimy zaznaczyć jedną odpowiedź:			
<input type="checkbox"/> Rolnik	Oznacza osobę będącą rolnikiem oraz domownikiem w rozumieniu Ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 1991 r. Nr 7, poz. 24, z późn. zm.), w szczególności, osobę, która jednocześnie: – jest pełnoletnia oraz zamieszkująca i prowadząca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, osobiście i na własny rachunek, działalność rolniczą w pozostającym w jej posiadaniu gospodarstwie rolnym, – jest ubezpieczona w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, a także domownik, czyli w szczególności osoba, która: – skończyła 16 lat, – pozostająca z rolnikiem we wspólnym gospodarstwie domowym lub zamieszkująca na terenie jego gospodarstwa rolnego albo w bliskim sąsiedztwie, – stale pracująca w tym gospodarstwie rolnym i nie jest związana z rolnikiem stosunkiem pracy.		
<input type="checkbox"/> Zatrudniony w mikroprzedsiębiorstwie	Oznacza osobę zatrudnioną w przedsiębiorstwie zatrudniającym do 9 pracowników.		
<input type="checkbox"/> Zatrudniony w małym przedsiębiorstwie	Oznacza osobę zatrudnioną w przedsiębiorstwie zatrudniającym od 10 do 49 pracowników.		
<input type="checkbox"/> Zatrudniony w średnim przedsiębiorstwie	Oznacza osobę zatrudnioną w przedsiębiorstwie zatrudniającym od 50 do 249 pracowników.		
<input type="checkbox"/> Zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie	Oznacza osobę zatrudnioną w przedsiębiorstwie zatrudniającym powyżej 249 pracowników.		
<input type="checkbox"/> Zatrudniony w administracji publicznej	Oznacza osobę zatrudnioną w administracji rządowej i samorządowej oraz w ich jednostkach organizacyjnych.		
<input type="checkbox"/> Zatrudniony w organizacji pozarządowej	Oznacza osobę zatrudnioną w organizacji pozarządowej w rozumieniu ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz. U. z dnia 29 maja 2003 r. z poz. zm.) z uwzględnieniem wolontariuszy działających na rzecz tych instytucji na podstawie podpisanej umowy.		
6.2. Bezrobotny		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
<i>(Oznacza osobę bezrobotną w rozumieniu Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. Nr 99 z 2004 r., poz. 1001, z poz. zm.), w szczególności osobę która jest jednocześnie osobą: - niezatrudnioną i niewykonującą innej pracy zarobkowej, zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia, - nieuczącą się w szkole, z wyjątkiem szkół dla dorosłych lub szkół wyższych w systemie wieczorowym albo zaocznym, - zarejestrowaną we właściwym dla miejsca zameldowania stałego lub czasowego powiatowym urzędzie pracy, - ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat w przypadku kobiet lub 65 lat w przypadku mężczyzn.</i>			
w tym: Długotrwale bezrobotny <i>(Oznacza bezrobotnego pozostającego w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 m-cy w okresie ostatnich 2 lat.)</i>		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	



<p>6.3. Nieaktywny zawodowo <i>(Oznacza osobę pozostającą bez zatrudnienia, która jednocześnie nie zalicza się do kategorii bezrobotni)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>w tym: Osoba ucząca się lub kształcąca <i>(Oznacza osobę kształcąca się w ramach kształcenia formalnego i nieformalnego)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>

7. Informacje dodatkowe (jeśli nie dotyczy prosimy zaznaczyć opcję „NIE”):

<p>7.1. W przypadku kobiet: Jestem osobą powracającą lub wchodzącą po raz pierwszy na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem i wychowaniem dzieci</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>7.2. W przypadku osób niepełnosprawnych: Jestem osobą niepełnosprawną, załączam kserokopię zaświadczenia o posiadaniu orzeczenia o niepełnosprawności.</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>7.3. W przypadku osób które prowadziły w przeszłości działalność gospodarczą: Jestem osobą która prowadziła w przeszłości działalność gospodarczą i uzyskałem/am środki z Unii Europejskiej na ten cel</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>

<p><i>Jeśli w punkcie 7.3. zaznaczono TAK – podać kwotę i cel pomocy oraz datę otrzymania środków</i></p>	
---	--

8. INFORMACJE DOTYCZĄCE PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ			
8.1. Planowany rodzaj działalności: (wybrać właściwe)	produkcyjna <input type="checkbox"/>	handlowa <input type="checkbox"/>	usługowa <input type="checkbox"/>
8.2. Planowany termin rozpoczęcia działalności			
8.3. Planowane miejsce rejestracji i prowadzenia działalności (należy podać województwo, gminę, miejscowość oraz dokładny adres jeśli już jest znany)			
8.4. Prosimy uzasadnić, dlaczego Pani/Pan zamierza rozpocząć działalność gospodarczą?			
8.5. Ogólna charakterystyka planowanej działalności gospodarczej Prosimy scharakteryzować rodzaj planowanej działalności, uzasadnienie wyboru zakresu i branży w której będzie działać firma, oferta, cechy wyróżniające, innowacyjne, forma prawna, opis lokalizacji, zaplecza, dotychczas podjęte działania, nakłady ogółem na uruchomienie działalności, spodziewane korzyści, wymagane zezwolenia/licencje/koncesje/uprawnienia, inne istotne informacje.			



8.6. Planowana oferta

Prosimy wymienić, ewentualnie krótko opisać produkty/towary/usługi które będą oferowane w ramach planowanej działalności, czym się będą one wyróżniać na rynku oraz które z nich będą generować największy przychód:

8.7. Rynek na jakim będzie działać przedsiębiorstwo

Prosimy określić zasięg geograficzny oraz scharakteryzować konkurencję, klientów, dostawców:

8.8. Planuję w ramach projektu pozyskać wsparcie finansowe na rozpoczęcie działalności w kwocie zł i przeznaczyć je na następujące inwestycje:



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



Wojewódzki Urząd Pracy
w Szczecinie

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



8.9. Posiadam własne środki finansowe w kwocie zł i zamierzam je przeznaczyć na następujące cele:

8.10. Posiadam zasoby materialne, które zostaną wykorzystane na potrzeby planowanej działalności gospodarczej.

Prosimy wymienić posiadane:
lokal, pomieszczenia, urządzenia,
maszyny, środki transportu,
wyposażenie, towary handlowe,
materiały, oprogramowanie, środki
pieniężne itp., oraz ich szacunkową
wartość

8.11. Czy w celu zapewnienia sprawnego funkcjonowania firmy zamierza Pani/Pan dodatkowo korzystać z podwykonawców, usług zewnętrznych, wynajmować/dzierżawić pomieszczenia/maszyny/środki transportu/sprzęt itp.?

Tak

Nie

Jeśli zaznaczono „Tak”, prosimy to szerzej opisać

8.12. Zatrudnienie

W przypadku planowania zatrudnienia pracowników prosimy opisać stanowisko, zakres obowiązków, rodzaj umowy, kwotę wynagrodzenia brutto:



<p>8.13. Prosimy opisać swoją rolę w firmie</p>	
<p>8.14. Prosimy uzasadnić, dlaczego uważa Pni/Pan, że planowana działalność ma szansę utrzymać się na rynku i na dalszy rozwój</p>	
<p>8.15. Posiadane wykształcenie (prosimy wymienić chronologicznie od najnowszego)</p>	
<p>8.16. Ukończone kursy, szkolenia, seminaria mające związek z planowaną działalnością (prosimy wymienić chronologicznie od najnowszego, podając datę, temat, liczbę godzin i instytucję szkoleniową)</p>	
<p>8.17. Posiadane doświadczenie zawodowe (prosimy wymienić chronologicznie od najnowszego podając okres zatrudnienia, stanowisko i nazwę firmy)</p>	



8.18. W przeszłości prowadziłem/am już działalność gospodarczą		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
jeżeli zaznaczono „Tak” prosimy podać rodzaj działalności, okres jej prowadzenia oraz przyczyny rezygnacji			
8.19. Czy współmałżonek lub członek najbliższej rodziny prowadzi lub prowadził działalność gospodarczą?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
jeżeli zaznaczono „Tak” prosimy podać rodzaj działalności okres jej prowadzenia i powód jej likwidacji (<i>jeśli dotyczy</i>) oraz ewentualny zakres współpracy			
8.20. Czy zamierza Pani/Pan przejąć działalność gospodarczą po współmałżonku/ członku rodziny, który zakończył lub zamierza zakończyć działalność gospodarczą?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
jeżeli zaznaczono „Tak” prosimy szerzej opisać zakres przejęcia działalności			
8.21. W przypadku nie uzyskania wsparcia w ramach projektu, planowana działalność :	<input type="checkbox"/> zostanie uruchomiona w pełnym zakresie <input type="checkbox"/> zostanie uruchomiona w ograniczonym zakresie <input type="checkbox"/> nie zostanie uruchomiona		

OŚWIADCZENIE:

1. Świadomy/świadoma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszelkie dane podane w Formularzu rekrutacyjnym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z *Regulaminem rekrutacji uczestników* i spełniam warunki uczestnictwa w projekcie.
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z *Regulaminem uczestnictwa w projekcie*, zawierającym warunki udzielania wsparcia w ramach projektu.
4. Zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
6. Nie posiadam obowiązku zwrotu pomocy wynikającej z decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za nie zgodną z prawem oraz wspólnym rynkiem.
7. Oświadczam, że zamierzam rozpocząć działalność gospodarczą na terenie województwa zachodniopomorskiego, w obszarach niezwiązanych z produkcją roślinną i/lub zwierzęcą.
8. Oświadczam, że planowana działalność nie będzie kontynuacją działalności po członku najbliższej rodziny (rodzicach, współmałżonku, dzieciach, rodzeństwie, itp.).
9. Oświadczam, iż nie pozostaję w stosunku pracy lub innym (umowa zlecenie, umowa o dzieło lub inne) ze Zrzeszeniem Kupców i Przedsiębiorców w Koszalinie lub Wykonawcą w ramach Projektu oraz Instytucją Pośredniczącą II stopnia i instytucjami wobec niej nadrzędnymi.
10. Oświadczam, iż nie pozostaję w związku małżeńskim lub w faktycznym pożyciu oraz w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia oraz nie jestem związany/a z tytułu przysposobienia, opieki, kurateli z pracownikami Beneficjenta uczestniczącymi w procesie rekrutacji i oceny biznesplanów.
11. Oświadczam, iż nie byłem/łam karany/a za przestępstwa skarbowe oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
12. Oświadczam, że nie posiadałam/posiadałem zarejestrowanej działalności gospodarczej w okresie co najmniej 12 miesięcy poprzedzających dzień złożenia dokumentów rekrutacyjnych. Równocześnie przyjmuję do wiadomości, że ze wsparcia wyłączone są osoby zarejestrowane w charakterze przedsiębiorcy w Krajowym Rejestrze Sądowym bądź Ewidencji Działalności Gospodarczej, niezależnie od zaistnienia dodatkowych warunków pozwalających stwierdzić faktyczne uruchomienie działalności gospodarczej.
13. Oświadczam, że w okresie co najmniej 3 lat przed złożeniem dokumentacji rekrutacyjnej nie otrzymałem/am środków na podjęcie działalności gospodarczej pochodzących z funduszy publicznych.
14. Oświadczam, że w bieżącym roku kalendarzowym oraz dwóch poprzedzających go latach kalendarzowych nie otrzymałem/am pomocy de minimis z różnych źródeł i w różnych formach, której wartość brutto łącznie z pomocą, o którą się ubiegam, przekraczałyby 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.



15. Oświadczam, że nie korzystam równoległe z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy oraz w ramach Działania 6.2 POKL lub Poddziałania 8.1.2 POKL na rozpoczęcie działalności gospodarczej oraz nie jestem uczestnikiem innego projektu w ramach Działania 6.2 POKL.
16. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby realizacji Projektu oraz ewaluacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, zgodnie z art. 31 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Równocześnie przyjmuję do wiadomości, że:
- podanie danych jest dobrowolne, jednakże odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu,
 - mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata na uczestnika projektu

ZAŁĄCZNIKI:

1. *Kserokopia zaświadczenia o posiadaniu orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - jeżeli dotyczy.*
2. *Kserokopia dowodu osobistego lub innego dokumentu zawierającego PESEL.*

