Załącznik nr 1a

**FORMULARZ rekrutacyjny DLA OSÓB FIZYCZNYCH**

* **DO UDZIAŁU WE WSPARCIU SZKOLENIOWO-DORADCZYM przed udzieleniem wsparcia finansowego**

 **w ramach projektu „Małopolski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej – Subregion Podhalański”**

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020,
Oś priorytetowa IX „Region Spójny Społecznie”, Działanie 9.3. „Wsparcie Ekonomii Społecznej”

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA KANDYDAT/-KA NA UCZESTNIKA/-CZKĘ PROJEKTU** |
| **Dane podstawowe** |
| 1. Imię |  |
| 2. Nazwisko  |  |
| 3. Płeć (zaznaczyć **x**) | 🞏 Kobieta | 🞏 Mężczyzna |
| 4. Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| 5. PESEL |  |
| 6. Wykształcenie (zaznaczyć **x**) | 🞏 brak | 🞏 podstawowe | 🞏 gimnazjalne | 🞏 ponadgimnazjalne**[[1]](#footnote-1)** |
| 🞏 policealne | 🞏licencjackie | 🞏 magisterskie |
| **Dane kontaktowe:** |
| 1. Województwo |  |
| 2. Powiat  |  |
| 3. Gmina |  |
| 4. Miejscowość |  |
| 5. Ulica**[[2]](#footnote-2)** |  |
| 6. Numer budynku/lokalu |  |
| 7. Kod pocztowy |  |
| 8.Obszar wg stopnia urbanizacji  |  |
| 9. Telefon kontaktowy  |  |
| 10. Adres e-mail |  |
| **Status kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** (zaznaczyć odpowiednio **x**): |
| 1. Osoba bezrobotna[[3]](#footnote-3) zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| 2. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| 3. Osoba długotrwale bezrobotna[[4]](#footnote-4) | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| 4. Osoba pracująca | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| W tym | 🞏Rolnik🞏Samozatrudniony/a🞏Zatrudniony/a w mikroprzedsiębiorstwie🞏Zatrudniony/a w małym przedsiębiorstwie | 🞏Zatrudniony/a w średnim przedsiębiorstwie🞏Zatrudniony/a w dużym przedsiębiorstwie🞏Zatrudniony/a w administracji publicznej🞏Zatrudniony/a w organizacji pozarządowej |
| Wykonywany zawód |  |
| Nazwa zakładu pracy |  |
| 5. Osoba bierna zawodowo[[5]](#footnote-5) | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| **Dane dodatkowe** (zaznaczyć odpowiednio **x**)[[6]](#footnote-6): |
| 1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | 🞏 TAK | 🞏 NIE | 🞏 ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | 🞏 TAK | 🞏 NIE | 🞏 ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 3. Osoba niepełnosprawna | 🞏 TAK | 🞏 NIE | 🞏 ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 4. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących | 🞏 TAK | 🞏 NIE | 🞏 ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | 🞏 TAK | 🞏 NIE | 🞏 ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 5. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | 🞏 TAK | 🞏 NIE | 🞏 ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 6.Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | 🞏 TAK | 🞏 NIE | 🞏 ODMOWA PODANIA INFORMACJI |

Ja, niżej podpisany/-a, oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin rekrutacji
na udzielenie wsparcia szkoleniowo – doradczego przed udzieleniem dotacji na utworzenie miejsca pracy
w nowym lub istniejącym przedsiębiorstwie społecznym w projekcie „Małopolski ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej – Subregion Podhalański”.

*.................................................... ……………………. ....................................................................*

*Miejscowość, data Czytelny podpis Kandydata*

Ja, niżej podpisany/-a, świadom/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.), oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym Formularzu rekrutacyjnym i Oświadczeniach, będących załącznikami do Formularza rekrutacyjnego są zgodne z prawdą i aktualne.

*.................................................... ……………………. ....................................................................*

*Miejscowość, data Czytelny podpis Kandydata*

Załącznik nr 2

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

**W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Małopolski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej – Subregion – Podhalański” nr RPMP.09.03.00-12-0047/16 oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:**

1. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020” jest Zarząd Województwa Małopolskiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020, z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22,
31-156 Kraków, adres do korespondencji ul. Racławicka 56, 30-017 Kraków,

2. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą w Warszawie przy ul. Wiejskiej 2/4, 00-926 Warszawa,

3. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 na podstawie, a także:

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego
i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;

2) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.
w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE)
nr 1081/2006;

3) ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych
w perspektywie finansowej 2014–2020 (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 217);

4) rozporządzenie Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego
i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami
 a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi;

4. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu **„Małopolski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej – Subregion Podhalański”**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020 (RPO WM);

5. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - **Małopolskie Centrum Przedsiębiorczości,** z siedzibą w Krakowie przy ul. Jasnogórskiej 11, beneficjentowi realizującemu projekt - **Towarzystwu Oświatowemu Ziemi Chrzanowskiej w Chrzanowie – Liderowi projektu** z siedzibą w Chrzanowie przy ul. Grunwaldzkiej 5 oraz **Partnerom projektu:**

1. **Fundacji Rozwoju Regionu Rabka** z siedzibą w Rabce Zdrój przy ul. Orkana 16B
2. **Fundacji Miejsc i Ludzi Aktywnych** z siedzibą w Krakowie przy ul. Dolnych Młynów 7/6
3. **Fundacji im. Hetmana Jana Tarnowskiego** z siedzibą w Tarnowie przy ul. Wielkie Schody 3
4. **Stowarzyszeniu Inicjatyw Społecznych i Oświatowych Cumulus** z siedzibą w Nowym Sączu
przy ul. Nawojowskiej 4, II piętro.

Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne
na zlecenie Powierzającego[[7]](#footnote-7), Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WM;

6. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;

7. ~~w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji~~[[8]](#footnote-8);

8. ~~w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy~~[[9]](#footnote-9);

9. ~~do trzech miesięcy po zakończonym udziale w projekcie dostarczę dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności społeczno - zatrudnieniowej~~[[10]](#footnote-10);

10. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

|  |  |
| --- | --- |
| …..………………………………………  | ……………………………………………  |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA*  | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*  |

Załącznik nr 3

**Oświadczenie w związku z brakiem możliwości dostarczenia oryginałów/ kserokopii dokumentów poświadczających spełnienie kryterium/ów kwalifikowalności kandydata/tki**

**…………………………………………………..…………………………**

(imię i nazwisko)

**…………………………………………………………**

(pesel)

W związku z brakiem możliwości dostarczenia oryginałów/ kserokopii dokumentów poświadczających spełnienie n/w kryterium oświadczam, iż jestem:

|  |
| --- |
| Należy zaznaczyć właściwe[[11]](#footnote-11): |
| * **Osobą bezrobotną niezarejestrowaną w PUP**
 | * w tym długotrwale bezrobotną [[12]](#footnote-12)
 |
| * **Osobą bierną zawodowo**
 |
| * **Osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych**, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej
 |
| * **Osobą korzystającą z** [**Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020**](https://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi9rYPVvIrPAhUBhiwKHXI2CEEQFggeMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.mpips.gov.pl%2Fpomoc-spoleczna%2Fprogramy%2Fprogramu-operacyjnego-europejskiego-funduszu-najbardziej-potrzebujacym-2014-2020%2Fprogram-operacyjny-pomoc-zywnosciowa-2014-2020-po-pz%2F&usg=AFQjCNHqulpCgmEmWlq55SUBr7UsTJCiig)
 |
| * **Osobą niesamodzielną ze względu na podeszły wiek, niepełnosprawność lub stan zdrowia**
 |
| * **Rodziną z dzieckiem z niepełnosprawnością, w tym co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością**
 |
| * **Osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym**
 |
| * **Osobą lub rodziną korzystających ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej**
 |
| * **Bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej**
 |

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.), oświadczam, że w/w informacje są prawdziwe i aktualne.

*.................................................... ……………………. ....................................................................*

*Miejscowość, data Czytelny podpis Kandydata*

Załącznik nr 4

**Krótki opis pomysłu na założenie/przekształcenie w przedsiębiorstwo społeczne**

**lub rozwój działalności gospodarczej poprzez utworzenie nowego miejsca pracy
w przedsiębiorstwie społecznym**

|  |
| --- |
| **Nazwa przedsiębiorstwa społecznego istniejącego/ nowotworzonego\*** |
|  |
| **NIP** (wypełnić tylko w przypadku istniejącego przedsiębiorstwa społecznego) |  |
| **Imiona i nazwiska osób chcących wspólnie utworzyć miejsca pracy w NOWYM PRZEDSIĘIORSTWIE SPOŁECZNYM** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| **Nazwy i siedziby podmiotów prawnych chcących wspólnie utworzyć miejsca pracy w NOWYM PRZEDSIĘIORSTWIE SPOŁECZNYM** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| **Krótki opis pomysłu na założenie/przekształcenie w przedsiębiorstwo społeczne lub rozwój działalności gospodarczej poprzez utworzenie nowego miejsca pracy w istniejącym przedsiębiorstwie społecznym** (MAX. 2000 ZNAKÓW) |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Opis specyfiki osób z grup de faworyzowanych planowanych do zatrudnienia w ramach uzyskanych środków na utworzenie miejsca pracy w nowym lub istniejącym przedsiębiorstwie społecznym, zgodnie z Rozdz. II § 2 ust. 14 Regulaminu rekrutacji na udzielenie wsparcia szkoleniowo – doradczego przed udzieleniem dotacji na utworzenie miejsca pracy w nowym lub istniejącym przedsiębiorstwie społecznym****realizowanego w ramach projektu** **„Małopolski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej – Subregion Podhalański” - należy zaznaczyć właściwe[[13]](#footnote-13):** | **Liczba osób planowanych do zatrudnienia** |
| Łączna liczba **osób bezrobotnych** planowanych do zatrudnienia |  |
| **W tym planowana/e osoba/y bezrobotna/e do zatrudnienia w ramach nowego/istniejącego przedsiębiorstwa społecznego doświadcza/ją dodatkowo wykluczenia z powodu (należy wskazać liczbę osób z łącznej liczby bezrobotnych planowanych do zatrudnienia):** |
| * **Osobą niepełnosprawna ze stopniem** lekkim
 |  |
| * **Osobą niepełnosprawna ze stopniem** umiarkowanym
 |  |
| * **Osoba niepełnosprawna ze stopniem** znacznym
 |  |
| * **Osoba pozostająca bez zatrudnienia**
 |  |
| * **Osoba lub rodzina korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej**
 |  |
| * **Osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym**
 |  |
| * **Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz rodzin przeżywających trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych**
 |  |
| * **Osobą nieletnia, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości**
 |  |
| * **Osoba przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym**
 |  |
| * **Osoba przebywającą w młodzieżowych ośrodkach socjoterapii**
 |  |
| * **Rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością, w tym co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością**
 |  |
| * **Osoba zakwalifikowana do III profilu pomocy zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy**
 |  |
| * **Osoba niesamodzielna ze względu na podeszły wiek, niepełnosprawność lub stan zdrowia**
 |  |
| * **Osoba zagrożona ubóstwem i wykluczeniem społecznym zamieszkującą na terenie obszaru rewitalizowanego**
 |  |
| * **Osoba korzystająca z PO PŻ**
 |  |
| * **Osoba realizująca indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej**
 |  |
| * **Osoba uzależniona od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie lecznictwa odwykowego**
 |  |
| * **Osoba uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej**
 |  |
| * **Osoba chora psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego**
 |  |
| * **Osoba zwalniana z zakładu karnego, mającą trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej**
 |  |
| * **Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej**
 |  |
| * **Uchodźca realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej**
 |  |

Świadomy/i odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.), oświadczam, że w/w informacje są prawdziwe i aktualne.

…………………………..

*miejscowość, data*

Podpisy osób/przedstawicieli podmiotów wchodzących w skład grupy inicjatywnej lub przedstawicieli istniejącego przedsiębiorstwa społecznego lub podmiotu ekonomii społecznej przekształcanego
w przedsiębiorstwo społeczne\*:

1. Imię i nazwisko członka grupy inicjatywnej /Nazwisko/a reprezentanta/ów podmiotu zgodnie z KRS\* :

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

 podpis podpis pieczęć –dotyczy tylko podmiotu

1. Imię i nazwisko członka grupy inicjatywnej/Nazwisko/a reprezentanta/ów podmiotu zgodnie z KRS\* :

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

 podpis podpis pieczęć –dotyczy tylko podmiotu

1. Imię i nazwisko członka grupy inicjatywnej - ……………………………………………………………….

 podpis

1. Imię i nazwisko członka grupy inicjatywnej - ……………………………………………………………….

 podpis

1. Imię i nazwisko członka grupy inicjatywnej - ……………………………………………………………….

 podpis

\*Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 5a

**OŚWIADCZENIE (os. fizycznych)**

**o spełnianiu kryteriów kwalifikacyjnych związanych z udziałem w projekcie**

**„Małopolski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej – Subregion Podhalański”**

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020,
Oś priorytetowa IX „Region Spójny Społecznie”, Działanie 9.3. „Wsparcie Ekonomii Społecznej”

**Ja niżej podpisany/a:** ………………………………………………………………………………………………………………………..

*(imię i nazwisko składającego/-ej oświadczenie)*

**Zamieszkały/a:**……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(adres zamieszkania: kod, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)*

**Numer PESEL:** ………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Oświadczam, że spełniam wymogi kwalifikacyjne związane z udziałem w w/w projekcie, ponieważ zamieszkuję (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) i/lub uczę się i/lub pracuję na terenie powiatu (zaznaczyć odpowiednio x)**:

* nowotarski,
* suski,
* tatrzański,

**województwa małopolskiego.**

**Oświadczam także, że wszelkie podane przeze mnie dane osobowe i teleadresowe są zgodne z prawdą.**

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

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS KANDYDATA*

Załącznik nr 6a

**Deklaracja uczestnictwa os. fizycznej w projekcie**

 **„Małopolski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej – Subregion Podhalański”**

Ja, niżej podpisany/a……………………………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

Pesel:…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………..……………………………………

niniejszym oświadczam, że:

1. wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie „Małopolski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej – Subregion Podhalański” realizowanym przez Towarzystwo Oświatowe Ziemi Chrzanowskiej w Chrzanowie w Partnerstwie z:
	1. Fundacją Rozwoju Regionu Rabka,
	2. Fundacją Miejsc i Ludzi Aktywnych,
	3. Fundacją im. Hetmana Jana Tarnowskiego,
	4. Stowarzyszeniem Inicjatyw Społecznych i Oświatowych Cumulus
2. spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie „Małopolski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej – Subregion Podhalański”
3. nie korzystam z tego samego zakresu wsparcia w innym projekcie realizowanym
w ramach RPO WM 2014-2020;
4. dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

POUCZENIE:

Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

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

 *Miejscowość, data* *czytelny podpis Kandydata*

Załącznik nr 10

**Indywidualny Program Szkoleniowo - Doradczy (IPSD)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko Kandydata** |  |
| **Numer NIK** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Forma wsparcia założona w projekcie** | **Warsztaty z zakresu kompetencji cyfrowych****Liczba godzin szkoleniowych – 8****1 godzina – 1 godzina lekcyjna – 45 minut** |
| **Proponowany zakres tematyczny**  |  |
| **Proponowana liczba godzin**  |  |
| **Miejsce realizacji:**  |  |
| **Uzasadnienie potrzeby:** |  |
| **Forma wsparcia założona w projekcie** | **Wykłady z zakresu biznesplanu i prowadzenia działalności gospodarczej** **Liczba godzin – 30****1 godzina – 1 godzina lekcyjna – 45 minut** |
| **Proponowany zakres tematyczny**  |  |
| **Proponowana liczba godzin**  |  |
| **Miejsce realizacji:**  |  |
| **Uzasadnienie potrzeby:** |  |
| **Forma wsparcia założona w projekcie** | **Warsztaty kompetencji interpersonalnych****Liczba godzin – 8****1 godzina – 1 godzina lekcyjna – 45 minut** |
| **Proponowany zakres tematyczny**  |  |
| **Proponowana liczba godzin**  |  |
| **Miejsce realizacji:**  |  |
| **Uzasadnienie potrzeby:** |  |
| **Forma wsparcia założona w projekcie** | **Doradztwo grupowe z zakresu przygotowania biznesplanu****Liczba godzin - 10****1 godzina - 1 godzina zegarowa - 60 minut** |
| **Zakres tematyczny**  |  |
| **Liczba godzin**  |  |
| **Miejsce realizacji**  |  |
| **Uzasadnienie potrzeby:** |  |
| **Forma wsparcia założona w projekcie** | **Doradztwo indywidualne z zakresu przygotowania biznesplanu****Liczba godzin – 10****1 godzina – 1 godzina zegarowa – 60 minut** |
| **Zakres tematyczny**  |  |
| **Liczba godzin**  |  |
| **Miejsce realizacji**  |  |
| **Uzasadnienie potrzeby:** |  |
| **Forma wsparcia założona w projekcie**  | **Warsztaty gry symulacyjnej „Business Play”** **Liczba godzin - 16****1 godzina – 1 godzina zegarowa – 60 minut**  |
| **Zakres tematyczny**  |  |
| **Liczba godzin**  |  |
| **Miejsce realizacji**  |  |
| **Uzasadnienie potrzeby:** |  |
| **Forma wsparcia założona w projekcie** | **Szkolenie zawodowe** **1 godzina – 1 godzina lekcyjna – 45 minut**  |
| **Zakres tematyczny**  |  |
| **Liczba godzin**  |  |
| **Miejsce realizacji**  |  |
| **Uzasadnienie potrzeby:** |  |

...............................................................

Data i podpis Doradcy zawodowego

Akceptuję przedstawiony powyżej Indywidualny Program Szkoleniowo- Doradczy (IPSD)

...............................................................

 Data i podpis Kandydata

1. **Wykształcenie ponadgimnazjalne** – liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku **braku ulicy** wpisać miejscowość. [↑](#footnote-ref-2)
3. **Osoba** **bezrobotna** - osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia. Definicja uwzględnia osoby zarejestrowane jako bezrobotne zgodnie z krajowymi definicjami, nawet jeżeli nie spełniają one wszystkich trzech kryteriów. Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo, nawet jeśli spełniają kryteria dla bezrobotnych zgodnie z ww. definicją. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), należy wykazywać jako osoby bezrobotne. [↑](#footnote-ref-3)
4. **Osoba długotrwale bezrobotna** — różni się w zależności od wieku:

	* młodzież (osoby do 25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy;
	* dorośli (osoby w wieku 25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy. [↑](#footnote-ref-4)
5. **Osoba bierna zawodowo** - osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Studenci studiów stacjonarnych są uznawani za osoby bierne zawodowo. Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność
w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). Osoby prowadzące działalność na własny rachunek (w tym członek rodziny bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność) nie są uznawane
za bierne zawodowo. Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo. [↑](#footnote-ref-5)
6. Dane wrażliwe – **Kandydat/ka ma prawo odmowy podania tych danych. Odmowa udzielenia informacji może skutkować brakiem uzyskania dodatkowych punktów na etapie rekrutacji lub brakiem możliwości udziału w projekcie.** [↑](#footnote-ref-6)
7. Powierzający oznacza IZ RPO WM 2014 – 2020 lub Minister Rozwoju Regionalnego [↑](#footnote-ref-7)
8. Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy [↑](#footnote-ref-8)
9. Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy [↑](#footnote-ref-9)
10. Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy [↑](#footnote-ref-10)
11. Dane wrażliwe – **Kandydat/-ka ma prawo odmowy podania danych wrażliwych. Odmowa udzielenia informacji może skutkować brakiem uzyskania dodatkowych punktów na etapie rekrutacji do danej formy wsparcia w ramach w/w projektu**  [↑](#footnote-ref-11)
12. **Osoba długotrwale bezrobotna** — w przypadku osób poniżej 25 roku życia – są osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy, a w przypadku osób powyżej 25 roku życia – nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (wiek uczestników jest określany na podstawie daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie [↑](#footnote-ref-12)
13. Dane wrażliwe – **Kandydat/-ka ma prawo odmowy podania danych wrażliwych. Odmowa udzielenia informacji może skutkować brakiem uzyskania dodatkowych punktów na etapie rekrutacji do danej formy wsparcia w ramach w/w projektu**  [↑](#footnote-ref-13)