**Zał. nr 1a do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PRZEDSIĘBIORSTWA cz. B**

**Tytuł projektu:** Równość Szans i Nowoczesne Zarządzanie Podstawą Rozwoju Firm z Województwa

Podkarpackiego

**Numer Projektu:** FEPK.07.08-IP.01-0064/23

**Okres realizacji:** 01.05.2024 r. – 30.09.2025 r.

**UWAGA:** Formularz należy wypełniać CZYTELNIE (w przypadku odręcznego wypełniania formularza).

|  |
| --- |
| **DANE DODATKOWE** |
| 1. | Nazwa przedsiębiorstwa(pełna nazwa przedsiębiorstwa zgodna z dokumentem rejestrowym) |  |
| **TYP INSTYTUCJI** |
|  | [ ]  **PRZEDSIĘBIORSTWO****w tym:** / zaznaczyć odpowiednie /[ ]  mikroprzedsiębiorstwo[ ]  małe przedsiębiorstwo[ ]  średnie przedsiębiorstwo[ ]  duże przedsiębiorstwo |
|  | [ ]  **PODMIOT EKONIMII SPOŁECZNEJ****w tym:** / zaznaczyć odpowiednie /[ ]  przedsiębiorstwo społeczne[ ]  podmiot reintegracyjny (WTZ, ZAZ, CIS, KIS)[ ]  organizacja pozarządowa[ ]  spółdzielnia socjalna[ ]  inne[ ]  spółdzielnia pracy, w tym spółdzielnia inwalidów i spółdzielnia niewidomych[ ]  spółdzielnia produkcji rolnej[ ]  spółdzielnia produkcji rolnej[ ]  spółdzielnia pracy, w tym spółdzielnia inwalidów i spółdzielnia niewidomych |
|  | [ ]  **INSTYTUCJA RYNKU PRACY** |
|  | [ ]  **JEDNOSTKA ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ** |
|  | [ ]  **JEDNOSTKA SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO** (bez szkół i placówek systemu oświaty)  |
|  | [ ]  **ZWIĄZEK ZAWODOWY** |
|  | [ ]  **ORGANIZACJA PRACODAWCÓW** |
|  | [ ]  **PODMIOT SYSTEMU SZKOLNICTWA WYŻSZEGO I NAUKI****w tym:** / zaznaczyć odpowiednie /[ ]  uczelnia[ ]  instytut naukowy[ ]  instytut badawczy[ ]  międzynarodowy instytut naukowy[ ]  federacja podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki[ ]  Państwowa Akademia Nauk[ ]  Centrum Łukasiewicz[ ]  Instytut działający w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz[ ]  Polska Akademia Umiejętności[ ]  państwowa osoba prawna[ ]  inne |
| 1.
 | [ ]  **PODMIOT WYKONUJĄCY DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ****w tym:** / zaznaczyć odpowiednie /[ ]  podmiot wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczeń POZ[ ]  podmiot wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczeń AOS[ ]  podmiot wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne[ ]  inne |
|  | [ ]  **SZKOŁA****w tym:** / zaznaczyć odpowiednie /[ ]  szkoła podstawowa[ ]  gimnazjum[ ]  zasadnicza szkoła zawodowa[ ]  liceum ogólnokształcące[ ]  technikum[ ]  szkoła specjalna przysposabiająca do pracy[ ]  szkoła policealna[ ]  szkoła artystyczna [w tym ogólnokształcące szkoły muzyczne][ ]  ośrodek wychowania przedszkolnego[ ]  inne[ ]  szkoła branżowa I stopnia[ ]  szkoła branżowa II stopnia |
| 1.
 | [ ]  **PLACÓWKA SYSTEMU OŚWIATY****w tym:** / zaznaczyć odpowiednie /[ ]  poradnia psychologiczno-pedagogiczna[ ]  placówka wychowania przedszkolnego[ ]  centrum kształcenia praktycznego/ zawodowego/ ustawicznego[ ]  inne |
|  | [ ]  **SĄDY POWSZECHNE** |
|  | [ ]  **PROKURATURA** |
|  | [ ]  **PODMIOT ŚWIADCZĄCY USŁUGI SZKOLENIOWE** |
|  | [ ]  **INNE** |
| **OŚWIADCZENIE** |
| Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:* Zapoznałem/am się z zapisami Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki oraz jestem świadomy, iż zgłoszenie się do udziału w Projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem przedsiębiorstwa do objęcia wsparciem.
* Oświadczam, że Przedsiębiorstwo, które reprezentuję spełnia kryteria kwalifikowalności uprawniające do

udziału w Projekcie, w tym posiada status MMSP (mikro, małe lub średnie przedsiębiorstwo).* Przedsiębiorstwo posiada siedzibę główną na terenie województwa podkarpackiego.
* Zostałam/-em poinformowana/-y, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach

Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.* Zostałam/-em poinformowana/y, że udział w Projekcie wiąże się z uzyskaniem pomocy de minimis
* Wyrażam zgodę na udział w badaniu/niach monitoringowym/ch, które odbędą się w trakcie i/lub po

zakończeniu udziału w Projekcie.* Wyrażam zgodę na weryfikację danych zawartych we wszystkich złożonych dokumentach na każdym etapie realizacji Projektu oraz na poddawanie się kontroli, ewaluacji i monitoringowi udzielonego wsparcia, na uczestnictwo w wszelkich badaniach, przeprowadzanych przez Operatora lub podmiot przez niego wskazany oraz inne uprawnione instytucje w trakcie i/lub po zakończeniu udziału w Projekcie.
* Wszystkie informacje podane w Formularzu zgłoszeniowym i dodatkowych dokumentach są prawdziwe,

kompletne i w pełni odzwierciedlają sytuację prawną, finansową i gospodarczą oraz są zgodne ze stanem faktycznym, a oświadczenie powyższe składam/-y świadomy/-i odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.* Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L.119.1).), do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta z obowiązków sprawozdawczych wobec Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Rzeszowie. Jestem świadomy/a, że moja zgoda może być odwołana w każdym czasie, co skutkować będzie usunięciem kandydatury. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie mojej zgody przed jej wycofaniem.
 |
| …………………………………………………………...../miejscowość, data/ | ……..………………………………………………………/ Podpis/y osoby/osób uprawnionychdo reprezentowania Przedsiębiorstwa/ |