**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 | | |
|  | **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 | | |
|  | **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 uprawnionych  do reprezentowania Przedsiębiorstwa/ |