**Załącznik nr 1 Formularz rekrutacyjny**

|  |  |
| --- | --- |
| Numer referencyjny Formularza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Podpis osoby oceniającej  i data wpływu formularza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Formularz rekrutacyjny**

**Projekt „Startuj z biznesem”**

***Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego   
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego, Priorytet VIII – Zatrudnienie,   
Działanie VIII.3 – Wsparcie przedsiębiorczości, Poddziałania VIII.3.3 Wsparcie przedsiębiorczości w formach bezzwrotnych – ZIT***

|  |  |
| --- | --- |
| ***I. INFORMACJE O KANDYDATCE/CIE NA UCZESTNICZKĘ/KA PROJEKTU*** | |
| **1. Imię/imiona:** | |
| **2. Nazwisko:** | |
| **3. Obywatelstwo:** | |
| **4. Data urodzenia:** | |
| **5. Nr i seria dokumentu tożsamości** | |
| **6. PESEL:** | |
| **7. NIP (jeśli posiada):** | |
| **8. Miejsce zamieszkania:** | **9. Adres do korespondencji**  **(wypełnić jeśli inne niż miejsce zamieszkania):** |
| Województwo: | Województwo: |
| Powiat: | Powiat: |
| Gmina: | Gmina: |
| Miejscowość: | Miejscowość: |
| Ulica: | Ulica: |
| Nr domu: | Nr domu: |
| Nr lokalu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Kod pocztowy: |
| **10. Numer telefonu kontaktowego:** | |
| **11. Adres poczty e-mail:** | |
| **12. Ukończony 30 rok życia w chwili przystąpienia do projektu (tj. osoba po 29 r.ż.):**  ❒ TAK  ❒ NIE | |
| **13. Status Kandydatki/ta na Uczestniczkę/ka projektu**  **Osoba pozostająca bez pracy tj.:**  ❒ bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy,  ❒ bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy (wymagane zaświadczenie z PUP)  ❒ długotrwale bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy,  ❒ długotrwale bezrobotną zarejestrowana w urzędzie pracy (wymagane zaświadczenie z PUP)  ❒ osoby pozostająca pow. 24 m-cy poza rynkiem pracy | |
| **14. Czy jest Pani osobą powracającą na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem/wychowaniem dziecka?**  ❒TAK  ❒NIE | |
| **15. Czy jest Pan/i osobą niepełnosprawną (posiadanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)?**  **Wymagane dostarczenie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności jako załącznik do formularza**  ❒TAK  ❒NIE | |
| **16. Posiadane wykształcenie\***  ❒ Brak (brak formalnego wykształcenia) - ISCED 0  ❒Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) – ISCED 1  ❒ Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) – ISCED 2  ❒ Ponadgimnazjalne (liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa) – ISCED 3  ❒ Policealne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły policealnej) – ISCED 4  ❒ Wyższe (studia I stopnia (tytuły zawodowe: inżynier, licencjat) - ISCED 6 i studia II stopnia oraz jednolite studnia magisterskie (magister) - ISCED 7  **❒** inne……………………………………(jakie?) | |
| **17. Czy korzystał/a Pan/i z pomocy budżetu państwa lub dotacji Unii Europejskiej?** (zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce z lewej strony):  ❒TAK❒ NIE  **Jeśli tak to kiedy ?**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **Jeśli tak to z jakiej pomocy/dotacji?** ……………………………………………………………………………………………………………………………………….  **Czy uzyskana pomoc była pomocą de minimis? Jeśli tak to w jakiej kwocie?** ..................................................……………….………………………………………………………………………………………………………………… | |
| **18. Czy otworzy Pan/i własną działalność gospodarczą bez możliwości uzyskania dofinansowania ze środków UE?**  ❒TAK  ❒NIE | |
| **19 Czy jest Pan/i osobą opiekującą się dzieckiem i przebywam na urlopie?**  ❒macierzyńskim  ❒rodzicielskim  ❒wychowawczym  ❒żadne z powyższych | |
| **20. Czy sprawuje Pan/i opiekę nad dzieckiem do lat 6 ?(7 w przypadku gdy dziecko jest niepełnosprawne)  lub osobą zależną (czyli taką, która ze względu na stan zdrowia lub wiek wymaga stałej opieki i jest połączona więzami rodzinnymi, powinowactwem lub zamieszkuje z Panią/em we wspólnym gospodarstwie domowym):**  ❒TAK  ❒NIE | |
| **21. [*Należy wypełnić tylko w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” w punkcie 15*] Czy udział w projekcie negatywnie wpłynie na możliwość sprawowania opieki nad dzieckiem/osobą zależną?**  ❒TAK  ❒NIE, inna dorosła osoba zamieszkująca ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym będzie w tym czasie sprawować opiekę nad dzieckiem/osobą zależną  ❒NIE, mam możliwość korzystania z form publicznej opieki instytucjonalnej  ❒NIE, inny powód | |
| **22. Preferowana forma kontaktu z Realizatorem projektu w przypadku wskazanym w Regulaminie Rekrutacji:**  ❒ pismo  ❒ mail | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***II. OPIS POMYSŁU NA BIZNES*** | | | | | |
| **Wymogi formalne:**   * Formularze wypełniane odręcznie należy wypisać drukowanymi literami, w sposób czytelny. Dokumenty nieczytelne będą odrzucane na etapie oceny formalnej | | | | | |
| **1. Planowana działalność gospodarcza/Realność pomysłu** (należy opisać własny pomysł na biznes, w tym: przedmiot planowanej działalności, główne produkty/usługi, lokalizację siedziby, lokalizację miejsc wykonywania działalności, obszar działania, pozwolenia i licencje wymagane dla planowanej działalności, planowane zatrudnienie, listę firm – potencjalnych kooperantów, opis potencjalnych klientów/odbiorców towarów/usług oferowanych przez Pana/i przedsiębiorstwo itp.) **max można uzyskać 10 pkt** | | | | | |
|  | | | | | |
| **2. Szanse powodzenia** (proszę wskazać argumenty Państwa zdaniem decydujące o powodzeniu otwieranej firmy. Dodatkowo należy opisać konkurencję w branży, w której będzie działało przedsiębiorstwo, planowane formy promocji i strategię pozyskiwania klientów, mocne i słabe strony planowanego przedsięwzięcia, sposoby przeciwdziałania zagrożeniom, oryginalność pomysłu wyróżniającą firmę na tle innych podmiotów na rynku)  **max 10 pkt** | | | | | |
|  | | | | | |
| **3. Planowane zakupy** (należy opisać na co Pan/i zamierza wykorzystać przyznaną dotację w wysokości max. 23.500 PLN – planowany koszt przedsięwzięcia wraz z uzasadnieniem zakupów. Uwaga: należy uwzględnić tylko wydatki inwestycyjne, a nie stałe opłaty miesięczne typu ZUS, czynsz itp.) **max 10 pkt** | | | | | |
|  | | | | | |
| ***IV. ZGODNOŚĆ WYKSZTAŁCENIA/DOŚWIADCZENIA/DODATKOWCYH KWALIFIKACJI Z PLANOWANĄ DZIAŁALNOŚCIĄ GOSPODARCZĄ*** | | | | | |
| **1. Proszę opisać zgodność wykształcenia z planowaną działalnością gospodarczą (potwierdzone dyplomem/świadectwem) – max 10 pkt** (10-9 pkt bardzo wysoka, 8-7 pkt wysoka, 6-5 pkt średnia, 4-3 pkt niska, 2-1 pkt b. niska, 0 pkt brak) | | | | | |
| **Wykształcenie:** | | | | | |
| **Nazwa szkoły/uczelni** | | **W latach od … do …(okres nauki)** | | | **Uzyskany stopień, dyplom, itp.** |
|  | |  | | |  |
|  | |  | | |  |
|  | |  | | |  |
| Proszę wskazać zgodność zdobytego wykształcenia z planowaną działalnością gospodarczą | | | | | |
|  | | | | | |
| **2. Proszę określić, jakie doświadczenie zawodowe (związane z profilem planowanej działalności gospodarczej) Pan/i posiada – max 10 pkt** (2 pkt za każdy pełny rok udokumentowanego doświadczenia) | | | | | |
| **Doświadczenie zawodowe** (w tym prowadzenie gospodarstwa rolnego, działalności gospodarczej, odbyte staże/praktyki): | | | | | |
| **Okres zatrudnienia** | **Nazwa firmy** | | **Nazwa stanowiska** | **Czynności wykonywane w ramach zatrudnienia – zakres korelacji z planowaną działalnością** | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  | |
| **3. Proszę wymienić dodatkowych kwalifikacje, jakimi Pan/i dysponuje (np. prawo jazdy, posiadane certyfikaty, uprawnienia, przebyte szkolenia i kursy; kwalifikacje muszą być potwierdzone stosownym dokumentem) i opisać ich zgodność z profilem planowanej działalności – max 10 pkt**(10-9 pkt bardzo wysoka, 8-7 pkt wysoka, 6-5 pkt średnia, 4-3 pkt niska, 2-1 pkt b. niska, 0 pkt brak) | | | | | |
|  | | | | | |

***III. OŚWIADCZAM, ŻE:***

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i udostępnienie wizerunku na potrzeby projektu, zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 29.08.1997 r. „O ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133, poz. 883 z późn. zm.)".
2. Zamierzam rozpocząć działalność gospodarczą na terenie Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego.
3. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
4. Nie posiadam zaległości w zapłacie podatków lub składek ubezpieczenia społecznego lub zdrowotnego i nie został wobec mnie wystawiony egzekucyjny tytuł wykonawczy.
5. Mieszkam (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) na terenie jednego z następujących powiatów: p. brzeziński, p. łódzki wschodni, p. m. Łódź, p. pabianicki, p. zgierski.
6. Nie posiadałem/am wpisu do ewidencji działalności gospodarczej, Krajowego Rejestru Sądowego i nie prowadziłem/am działalności gospodarczej na podstawie przepisów odrębnych (w tym m. in. działalności adwokackiej, komorniczej lub oświatowej) w okresie ostatnich 12 miesięcy.
7. Nie otrzymałem/am w okresie ostatnich 3 lat wsparcia finansowego ze środków publicznych na uruchomienie lub prowadzenie działalności gospodarczej (okres liczony od dnia przekazania wsparcia finansowego).
8. Nie jestem rolnikiem ani domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników.
9. Nie jestem wspólnikiem spółki osobowej i nie posiadam więcej niż 10% udziału w kapitale spółki kapitałowej.
10. Nie zasiadam w organach zarządzających lub kontrolnych podmiotów prowadzących działalność gospodarczą i nie pełnię funkcji prokurenta.
11. Nie korzystam równolegle z innych środków publicznych na rozpoczęcie działalności gospodarczej.
12. Nie posiadam zakazu dostępu do środków publicznych, o którym mowa w art. 12 ust. 1 pkt 1 ustawy z 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2012 r., poz. 769).
13. Nie pozostaję w stosunku małżeństwa, pokrewieństwa lub powinowactwa (w linii prostej bez ograniczenia stopnia, a w linii bocznej do 2 stopnia) lub związku przysposobienia, opieki albo kurateli oraz nie pozostaję we wspólnym pożyciu z osobami uczestniczącymi w procesie rekrutacji.
14. Potwierdzam prawdziwość informacji zawartych w Formularzu rekrutacyjnym i świadomość odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń i odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe   
    w majątku Realizatora Projektu na skutek działania w zaufaniu do treści wynikającej z niniejszych informacji.
15. Nie będę w stanie otworzyć działalności gospodarczej bez otrzymania dotacji inwestycyjnej.
16. Zobowiązuję się do informowania Lidera Projektu o wszelkich zmianach dotyczących zmiany statusu na rynku pracy oraz wszelkich warunków stanowiących o kwalifikowalności do projektu w czasie od momentu złożenia dokumentów rekrutacyjnych do momentu podpisania umowy.
17. Zapoznałam/em się z treścią Regulaminu rekrutacji, Regulaminem projektu.
18. Jestem świadom/a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.
19. Zostałam/em poinformowana/y, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

………………………………… ……………………………………………..

Miejscowość, data Czytelny podpis Kandydatki/ta

**Do formularza zgłoszeniowego przedkładam poniższe załączniki:**

❒ Zaświadczenie z Urzędu Pracy potwierdzające status na rynku pracy – w przypadku osób bezrobotnych zarejestrowanych w ewidencji urzędu pracy (osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która jest zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy) i długotrwale bezrobotnych (dorosłych, powyżej 25 lat, pozostających osobą bezrobotną nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy  
 i będących w ewidencji urzędu pracy).

❒ Kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – dotyczy wyłącznie osób z niepełnosprawnością.

❒ Kserokopię dokumentów potwierdzających wykształcenie Kandydatki/ta.

❒ Kserokopię dokumentów potwierdzających doświadczenie zawodowe Kandydatki/ta.

❒ Kserokopie dokumentów potwierdzających dodatkowe kwalifikacje Kandydatki/ta.