



Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji uczestników i udzielania wsparcia na tworzenie miejsc pracy w sektorze ekonomii społecznej w projektach dofinansowanych w ramach Działania 7.4 RPO WZ 2014-2020

Formularz rekrutacyjny dla osoby fizycznej wraz z opisem planowanego przedsięwzięcia

w ramach projektu pn. „Sieć zachodniopomorska Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej - przedsiębiorstwa społeczne w regionie koszalińskim/szczecińskim/szczecińskim/stargardzkim¹”

**realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020
Priorytetu VII Włączenie społeczne,**

Działanie 7.4. Tworzenie miejsc pracy w sektorze ekonomii społecznej m.in. poprzez wsparcie na tworzenie przedsiębiorstw społecznych (w szczególności spółdzielni socjalnych)

Prosimy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami lub komputerowo!

W miejscu należy zaznaczyć właściwą odpowiedź

I Dane podstawowe dotyczące kandydata na uczestnika projektu	1	Imię	
	2	Nazwisko	
	3	Reprezentuję podmiot ekonomii społecznej	<input type="checkbox"/> Tak (nazwa.....) <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
	4	Miejsce zamieszkania (ulica, nr domu/lokalu, kod pocztowy, miejscowość)	
	5	Gmina/Powiat	/
	6	Telefon kontaktowy	
	7	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
	8	Adres do korespondencji jeśli jest inny niż miejsce zamieszkania	
	9	PESEL	
	10	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	11	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (średnie lub zasadnicze zawodowe) <input type="checkbox"/> policealne (wyższe niż średnie, ale nie wyższe) <input type="checkbox"/> wyższe

¹ Niepotrzebne skreślić



	12	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
		w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	13	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	14	Osoba z niepełnosprawnościami ²	<input type="checkbox"/> tak (załączyć kserokopię zaświadczenia o niepełnosprawności) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
		w tym	<input type="checkbox"/> o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności; <input type="checkbox"/> z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną oraz osób z zaburzeniami psychicznymi <input type="checkbox"/> nie dotyczy
	15	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia ³	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
	16	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	17	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wykazane ⁴ powyżej)	<p>1.</p> <input type="checkbox"/> osoby korzystające 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, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu: <input type="checkbox"/> ubóstwa; <input type="checkbox"/> sieroctwa; <input type="checkbox"/> bezdomności; <input type="checkbox"/> bezrobocia; <input type="checkbox"/> niepełnosprawności; <input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby;

² Możliwa jest odmowa odpowiedzi na zadane pytanie

³ Możliwa jest odmowa odpowiedzi na zadane pytanie

⁴ Możliwa jest odmowa odpowiedzi na zadane pytanie



			<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; <input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; <input type="checkbox"/> trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; <input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii; <input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; <input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej. <p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, tj. osób: <input type="checkbox"/> bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, <input type="checkbox"/> uzależnionych od alkoholu, <input type="checkbox"/> uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających, <input type="checkbox"/> chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, <input type="checkbox"/> zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, <input type="checkbox"/> uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, <input type="checkbox"/> osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym <p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których
--	--	--	---



		<p>mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;</p> <p>4.</p> <p><input type="checkbox"/> osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382);</p> <p>5.</p> <p><input type="checkbox"/> osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.);</p> <p>6.</p> <p><input type="checkbox"/> osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375);</p> <p>7.</p> <p><input type="checkbox"/> rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;</p> <p>8.</p> <p><input type="checkbox"/> osoby bezrobotne zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.);</p> <p>9.</p> <p><input type="checkbox"/> osoby niesamodzielne;</p> <p>10.</p> <p><input type="checkbox"/> osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p> <p>11.</p> <p><input type="checkbox"/> osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa</p> <p><input type="checkbox"/> nie dotyczy</p> <p><input type="checkbox"/> odmowa podania informacji</p>
	<p>18 Jestem osobą, która korzystała ze wsparcia w ramach Pi 9i, czyli innego</p>	<p><input type="checkbox"/> tak tytuł projektu/instytucja udzielająca wsparcia – realizator</p>



		projektu dotyczącego integracji społecznej (w latach 2014-2020) <input type="checkbox"/> nie
	19	Jestem osobą, która otrzymała już wsparcie z zewnętrznych instytucji wsparcia ekonomii społecznej	<input type="checkbox"/> tak tytuł projektu/instytucja udzielająca wsparcia – realizator <input type="checkbox"/> nie
	20	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w rejestrach urzędów pracy <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> w tym inne <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w rejestrach urzędów pracy <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> w tym zakwalifikowana do III profilu pomocy <input type="checkbox"/> w tym inne <input type="checkbox"/> Osoba zarejestrowana w rejestrach urzędów pracy jako poszukująca pracy <input type="checkbox"/> Nieaktywny/a zawodowo <input type="checkbox"/> w tym osoba ucząca się <input type="checkbox"/> w tym nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> w tym inne <input type="checkbox"/> Osoba pracująca, w tym w: <input type="checkbox"/> administracji rządowej <input type="checkbox"/> administracji samorządowej <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> MMŚP <input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie (powyżej 249 pracowników) <input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Inne
	21	Miejsce zatrudnienia (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
	22	Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> instruktor/ka praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel/ka kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel/ka wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel/ka kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik/ca instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik/ca instytucji szkolnictwa wyższego



			<input type="checkbox"/> pracownik/ca systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik/ca ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik/ca poradni psychologiczno - pedagogicznej <input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> nie dotyczy
II Planowana działalność	1	czy prowadziłem/-am już własną działalność gospodarczą?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> data zamknięcia (miesiąc/rok) (jeśli dotyczy)
	2	jeśli tak podać krótki opis (branża, przyczyny zamknięcia itp.)	
	3	Członkowie grupy inicjatywnej, tj. pozostałych osób biorących udział w rekrutacji, z którymi Kandydat/ka zamierza założyć przedsiębiorstwo społeczne/spółdzielnię socjalną (imię i nazwisko/nazwa podmiotu) oraz wskazanie ich ról w strukturach podmiotu	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
	4	zamierzam podjąć działalność gospodarczą w formie przedsiębiorstwa społecznego zarejestrowaną na terenie województwa zachodniopomorskiego	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	5	forma wsparcia, której otrzymaniem jestem zainteresowany/a (można zaznaczyć więcej niż jedna odpowiedź)	<input type="checkbox"/> Szkolenia <input type="checkbox"/> Doradca zawodowy/ psycholog/ mentoring/ tutoring <input type="checkbox"/> Szkolenia zawodowe <input type="checkbox"/> Wizyty studyjne <input type="checkbox"/> Wsparcie finansowe <input type="checkbox"/> Wsparcie pomostowe <input type="checkbox"/> Wsparcie pomostowe niefinansowe <input type="checkbox"/> Inne, jakie?



	6	w przypadku nieotrzymania wsparcia	<input type="checkbox"/> założę przedsiębiorstwo społeczne/spółdzielnię socjalną <input type="checkbox"/> nie założę przedsiębiorstwa społecznego/ spółdzielni socjalnej
	7	rodzaj planowanej działalności	<input type="checkbox"/> Handlowa <input type="checkbox"/> Usługowa <input type="checkbox"/> Produkcyjna
	8	numer PKD głównej planowanej /prowadzonej działalności	
	9	opis zakresu planowanej działalności i oferta przedsiębiorstwa społecznego/spółdzielni socjalnej (lokalizacja, oferowane produkty/towary/usługi, cechy wyróżniające, pozwolenia i licencje wymagane dla planowanej działalności itp.)	



	10	rynek na jakim będzie działać przedsiębiorstwo (zasięg, opis potencjalnych odbiorców, analiza konkurencji i dostawców itp.)	
	11	opis mocnych stron i możliwości dalszego rozwoju planowanego przedsięwzięcia	



	12	opis słabych stron i wskazanie zagrożeń, które mogą utrudnić realizację przedsięwzięcia oraz wskazanie działań naprawczych	
	13	Planowany koszt inwestycji – całkowita wartość brutto PLN
		w tym: Wartość wnioskowanej dotacji na utworzenie miejsca pracy PLN
Inne środki (określić jakie np. kredyt, środki własne, dotacje z innego źródła, pożyczka itp.)	 PLN PLN	
14	Kwotę dofinansowania planuję przeznaczyć na następujące inwestycje		



	15	zakładam zatrudnienie dodatkowych pracowników (w jakim czasie, liczba, charakter zatrudnienia).	
	16	posiadam wykształcenie/ doświadczenie/wiedzę lub umiejętności w dziedzinie zakładanej działalności gospodarczej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
		jeżeli tak to jakie?	

Ja niżej podpisany/a potwierdzam prawdziwość podanych przeze mnie danych zawartych w niniejszym dokumencie, jak również w innych dokumentach dotyczących udzielanego wsparcia i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach w tym np. o zmianie: nr telefonu, adresu, statusu na rynku pracy.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z przepisów z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy, w związku z art. 75 § 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego i oświadczam że powyższe dane są zgodne z prawdą.

Data...../...../.....r.

(podpis)

Załączniki:

.....



OŚWIADCZENIA		
Oświadczam, że nie korzystałem/korzystałam z takiej samej lub podobnej formy wsparcia w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa VII Włączenie społeczne.		
Oświadczam, że korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz nie byłem/em karana/y za przestępstwa skarbowe w rozumieniu ustawy z dnia 06 czerwca 1997 Kodeks Karny.		
Oświadczam, że nie pozostaje lub pozostawałam/em w ciągu ostatnich 2 lat w stosunku pracy lub innym (umowy cywilnoprawne) z Liderem, Partnerem lub Wykonawcą w ramach projektu.		
Oświadczam, że nie posiadałem/ posiadałam wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i nie byłem/ byłam zarejestrowany/a w KRS w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu. (nie dotyczy osób pełniących swoje funkcje społecznie)		
Oświadczam, że nie łączy/łączył z Liderem/Partnerem i/lub pracownikiem Lidera/Partnera uczestniczącym w procesie rekrutacji i oceny biznesplanów związek małżeński, stosunek pokrewieństwa i powinowactwa (w linii prostej lub bocznej do II stopnia) i/lub związek z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli.		
Oświadczam, że nie korzystam z innych środków publicznych na pokrycie tych samych wydatków, w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy, PFRON oraz środków oferowanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego WZ 2014-2020 związanych z założeniem/ przystąpieniem lub zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym (w tym spółdzielni socjalnej).		
Oem/-am w ciągu ostatnich 3 lat pomocy de minimis oświadczam, że: <i>(niewłaściwe skreślić)</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - nie otrzymał - otrzymałem/-am w ciągu ostatnich 3 lat pomoc de minimis o łącznej wartości z przeznaczeniem na 		
Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikacyjne i zapoznałem/am się z <i>Regulaminu rekrutacji uczestników i przyznawania wsparcia na utworzenie miejsc pracy w przedsiębiorstwach społecznych w projektach dofinansowanych w ramach działania 7.4 RPO WZP 2014-2020</i> i przyjmuję jego warunki bez zastrzeżeń.		
Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o przyjętych kryteriach kwalifikacji do udziału w projekcie		
Data...../...../.....r. (podpis)		
Wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów monitoringu oraz ewaluacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 ze zm.)).		
.....
data	miejsowość	czytelny podpis

Do formularza należy załączyć:



1. Poświadczono za zgodność z oryginałem dokumenty potwierdzające status na rynku pracy oraz informacje wskazane w formularzu rekrutacyjnym aby możliwe było zweryfikowania stopnia oddalenia Uczestnika/czki od rynku pracy .
2. Deklaracja utworzenia grupy inicjatywnej (ZAŁĄCZNIK NR 1)



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

1. Deklaruję uczestnictwo w projekcie „**Sieć zachodniopomorska Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej - przedsiębiorstwa społeczne w regionie koszalińskim/szczecineckim/szczecińskim/ stargardzkim⁵**” realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Działanie 7.4.
2. Deklaruję, że w wyniku działań prowadzonych w ramach wspomnianego projektu planuję podjąć kroki w celu utworzenia podmiotu ekonomii społecznej/rozwoju podmiotu ekonomii społecznej/rozwoju sektora ekonomii społecznej w regionie.
3. Zobowiązuję się do:
 - udziału w przeprowadzonej diagnozie potrzeb, mającej na celu opracowanie indywidualnej ścieżki wsparcia w ramach Sieci Zachodniopomorskiej Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej,
 - regularnego uczestnictwa w proponowanym wsparciu, w tym w spotkaniach, zajęciach szkoleniowych, doradczych zgodnie z wyznaczoną ścieżką wsparcia,
 - wypełniania dokumentów związanych z realizacją działań projektowych oraz ankiet niezbędnych w procesie monitorowania projektu,
 - udziału w badaniu ewaluacyjnym w trakcie i po zakończeniu realizacji projektu,
 - informowania o efektach osiągniętych po zakończeniu realizacji projektu, związanych bezpośrednio z udzielonym wsparciem.
4. Zostałam/em poinformowany, że przysługują mi:
 - szkolenia (podstawowe, zawodowe) i materiały szkoleniowe,
 - wsparcie doradcze (biznesowe) i specjalistyczne, tj. coaching, mentoring, tutoring, doradztwo psychologiczne i zawodowe, wyjazdy studyjne.
 - catering w trakcie udzielania wsparcia szkoleniowego,
 - możliwość zapewnienia opieki nad osobami zależnymi
 - wsparcie finansowe uzyskane po uprzedniej realizacji ścieżki wsparcia,
 - inne - zgodnie z ofertą Sieci Zachodniopomorskich Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej.

⁵ Niepotrzebne skreślić



.....
miejsce, data

.....
podpis uczestnika/czki projektu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Sieć zachodniopomorska Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej - przedsiębiorstwa społeczne w regionie koszalińskim/szczecineckim/szczecińskim/stargardzkim⁶**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020;
2. 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 (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 ze zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 na podstawie:

w odniesieniu do zbioru Projekty RPO WZ 2014-2020:

- 1) rozporządzenia 1303/2013;
- 2) rozporządzenia nr 1304/2013;
- 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;

w odniesieniu do zbioru centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:

- 1) rozporządzenia nr 1303/2013;
 - 2) rozporządzenia nr 1304/2013;
 - 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
 - 4) rozporządzenia 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;
3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „**Sieć zachodniopomorska Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej - przedsiębiorstwa społeczne w regionie**”

⁶ Niepotrzebne skreślić



- koszalińskim/szczecineckim/szczecińskim/stargardzkim⁷**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 (RPO WZ 2014-2020);
4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – **Wojewódzki Urzędem Pracy w Szczecinie, ul. A. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin**; beneficjentowi realizującemu projekt „Sieć zachodniopomorska Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej - przedsiębiorstwa społeczne w regionie szczecineckim” – Fundacja Nauka dla Środowiska, ul. Raclawicka 15-17 (bud. F) 75-620 Koszalin/Koszalińska Agencja Rozwoju Regionalnego S.A. Ul. Przemysłowa 8 75 – 216 Koszalin/ Aktywa Plus Emilia Kowalska ul. Bolesława Śmiałego 39/2, 70-351 Szczecin/ „4C Centrum Ekonomii Społecznej” Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością, Ul. Adama Asnyka 9/17, 71-526 Szczecin/Fundacja pod Aniołem, ul. Zacisze 1B/4, 73-130 Dobrzany/Gmina Miejska Wałcz, Plac Wolności 1, 78-600 Wałcz/ Gmina Pyrzyce, pl. Ratuszowy 1, 74-200 Pyrzyce oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu; moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego⁸, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta; moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014-2020;
 5. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
 6. 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;
 7. w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy;
 8. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
miejsce, data

.....
podpis uczestnika/czki projektu

⁷ Niepotrzebne skreślić

⁸ Powierzający oznacza Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego, który jako administrator danych osobowych powierzył Instytucji Pośredniczącej w drodze odrębnego *Porozumienia w sprawie powierzenia Instytucji Pośredniczącej przetwarzania danych osobowych w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020* przetwarzanie danych osobowych ze zbiorów: (1) Projekty RPO WZ 2014-2020, (2) Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych.



DANE UZUPEŁNIANIE PRZEZ REALIZATORA PROJEKTU

1	Rodzaj uczestnika/uczestniczki	
2	Data rozpoczęcia udziału w projekcie/...../.....r.
3	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
4	Data zakończenia udziału w projekcie/...../.....r.
5	Zakończenie udziału zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
6	Rodzaj przyznanego wsparcia	
7	Data rozpoczęcia udziału we wsparciu/...../.....r.
8	Data założenia działalności gospodarczej (jeśli dotyczy)/...../.....r.
9	Kwota przyznaných środków na założenie działalności gospodarczej	
10	PKD założonej działalności	
11	Obszar (wg stopnia urbanizacji DEGURBA)	<input type="checkbox"/> obszar gęsto zaludniony - kod klasyfikacji 1 <input type="checkbox"/> obszar o średniej gęstości – kod klasyfikacji 2 <input type="checkbox"/> obszar słabo zaludniony – kod klasyfikacji 3
12	Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
13	Status osoby na rynku pracy w chwili zakończenia udziału w projekcie (w przypadku zmiany wymagane jest załączenie dokumentu poświadczającego)	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w rejestrach urzędów pracy <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> w tym inne <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w rejestrach urzędów pracy <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> w tym inne <input type="checkbox"/> Nieaktywny/a zawodowo <input type="checkbox"/> w tym osoba ucząca się <input type="checkbox"/> w tym nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> w tym inne <input type="checkbox"/> Osoba pracująca, w tym w: <input type="checkbox"/> administracji rządowej <input type="checkbox"/> administracji samorządowej <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> MMŚP <input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie (powyżej 249 pracowników) <input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Inne
14	Miejsce zatrudnienia (jeśli dotyczy)	

