



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie – Moduł II

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

PROJEKT PN. „SUKCES - PROGRAM WSPARCIA PODMIOTÓW EKONOMII SPOŁECZNEJ W FUNKCJONOWANIU W SIECIACH, PARTNERSTWACH I KLASTRACH”,

realizowany przez Caritas Archidiecezji Przemyskiej w partnerstwie z Podkarpacką Akademią Przedsiębiorczości Katarzyna Podraza w ramach Osi priorytetowej II. Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.9 „Rozwój ekonomii społecznej” Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020

| WYPEŁNIA REALIZATOR PROJEKTU | |
|-------------------------------------|--|
| Numer Aplikacyjny Kandydata (NAK) | |
| Data przyjęcia formularza | |
| Podpis osoby przyjmującej formularz | |

FORMULARZ PROSIMY UZUPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

| WYPEŁNIA KANDYDAT | | | |
|----------------------------------|----------------------|----------|--|
| I. INFORMACJE PODSTAWOWE: | | | |
| Pełna nazwa podmiotu: | | | |
| Forma prawna: | | | |
| Telefon: | | NIP: | |
| E-mail: | | | |
| Fax: | | | |
| Adres siedziby: | Województwo | | |
| | Powiat | | |
| | Gmina | | |
| | Miejscowość | | |
| | Ulica | | |
| | Nr budynku/nr lokalu | | |
| | Kod pocztowy | | |
| | Poczta | | |
| Osoba do kontaktu: | | Email: | |
| Stanowisko: | | Telefon: | |

„SUKCES – program wsparcia podmiotów ekonomii społecznej w funkcjonowaniu w sieciach, partnerstwach i klastrach”

Caritas Archidiecezji Przemyskiej/Podkarpacka Akademia Przedsiębiorczości Katarzyna Podraza
ul. Kapitulna 1, 37-700 Przemyśl, telefon: (017) 857-71-00, email: sukces@pap.rzeszow.pl



| II. RODZAJ PODMIOTU ZGODNIE Z KRYTERIAMI Z REGULAMINU | |
|---|---|
| a) Podmiot Ekonomii Społecznej (PES) | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| b) Przedsiębiorstwo Społeczne (PS¹) | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| c) Przedsiębiorca/Przedsiębiorstwo komercyjne | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| d) Konsorcjum spółdzielcze² | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| e) Profil działalności/branża | |
| f) Oświadczam, że chce się stać członkiem sieci podmiotów ekonomii społecznej świadczących usługi dla osób starszych. | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| g) Oświadczam, że chce się stać członkiem sieci podmiotów ekonomii społecznej z branży gastronomicznej, producentów gotowych wyrobów garmażeryjnych. | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| h) Czy prowadzą Państwo działalność gospodarczą w jednym z obszarów priorytetowych wskazanych w KPRES? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli tak proszę zaznaczyć obszar: <input type="checkbox"/> usługi związane z utrzymaniem czystości i porządku, <input type="checkbox"/> usługi związane z odnawialnymi źródłami energii, <input type="checkbox"/> rolnictwo społeczne, <input type="checkbox"/> turystyka społeczna, <input type="checkbox"/> budownictwo społeczne, <input type="checkbox"/> lokalne projekty kulturalne, <input type="checkbox"/> różne formy opieki dziecięcej, przedszkolnej, szkoły, placówki wsparcia dziennego, <input type="checkbox"/> usługi dla osób starszych: społeczne, edukacyjne, organizacji czasu wolnego, turystyki, wspierające w utrzymaniu aktywności społecznej i zawodowej oraz dobrego stanu zdrowia, usługi opiekuńcze, asystenckie i teleopieki. |
| i) Czy zgłaszają Państwo gotowość pełnienia roli Koordynatora Sieci? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

¹ Status PS określony w „Wytycznych” w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020.

² Zgodnie z art. 15B ustawy z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2028).



| | |
|---|--|
| j) Okres prowadzenia działalności przez przedsiębiorstwo. | <input type="checkbox"/> mniej niż 36 m-ce <input type="checkbox"/> co najmniej 36 m-cy |
| k) Czy są Państwo członkiem innej sieci/klastra? | <input type="checkbox"/> TAK ³ <input type="checkbox"/> NIE |
| l) Czy podmiot, który Państwo reprezentują posiada dobrą kondycję finansową? | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Czy podmiot, który Państwo reprezentują osiąga przychody z działalności gospodarczej? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| <ul style="list-style-type: none"> • Czy wobec podmiotu, który Państwo reprezentują brak jest przesłanek zobowiązujących do zgłoszenia wniosku o ogłoszenie upadłości zgodnie z ustawą z dnia 28 lutego 2003 r. Prawo upadłościowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 1228)? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| <ul style="list-style-type: none"> • Czy regulują Państwo terminowo wymagalne zobowiązania? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| m) Czy obecnie współpracują Państwo z jednostką samorządu terytorialnego, w ramach prowadzonej działalności gospodarczej? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| n) Co Państwo mogą zaoferować członkom Sieci? | Proszę wybrać z listy: <input type="checkbox"/> współpracę (w jakim zakresie?) <input type="checkbox"/> wiedzę ekspercką (w jakim zakresie?) <input type="checkbox"/> nawiązanie kontaktów (w jakim zakresie?) <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |
| o) Jakich usług świadczonych na rzecz członków Sieci Państwo oczekują? | Proszę wybrać z listy: <input type="checkbox"/> marketing i Public Relations, <input type="checkbox"/> sieciowanie osób i przedsiębiorstw, <input type="checkbox"/> udostępnianie infrastruktury, <input type="checkbox"/> integracja, <input type="checkbox"/> rozwijanie kwalifikacji, |

³ W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej należy załączyć do formularza rekrutacyjnego kopię dokumentu potwierdzającego przynależność przedsiębiorstwa do klastra/ sieci/ porozumienia kooperacyjnego, partnerstwa, itp.



| | |
|---|--|
| | <input type="checkbox"/> grupy zakupowe/sprzedażowe, <input type="checkbox"/> udział w targach i misjach gospodarczych, <input type="checkbox"/> doradztwo specjalistyczne, <input type="checkbox"/> lobbying, <input type="checkbox"/> inne (jakie?)..... |
| <p>p) Jaką formą kontaktu Państwo preferują?</p> | Proszę wybrać z listy: <input type="checkbox"/> telefoniczna, <input type="checkbox"/> mailowa, <input type="checkbox"/> listowna, <input type="checkbox"/> spotkania osobiste, <input type="checkbox"/> komunikatory internetowe, <input type="checkbox"/> inną (jaką?) |

III. LISTA ZAŁĄCZNIKÓW:

| Lp. | Nazwa załącznika | TAK | NIE | NIE DOTYCZY |
|-----|--|-----|-----|-------------|
| 1. | Wyciąg z KRS / CEIDG | | | |
| 2. | Kopia statutu/umowy PES/Przedsiębiorcy, potwierdzona za zgodność z oryginałem | | | |
| 3. | Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis | | | |
| 4. | Oświadczenie o otrzymaniu/nieotrzymaniu pomocy de minimis | | | |
| 5. | Kopie zaświadczeń o pomocy de minimis (jeśli dotyczy), kopie zaświadczeń o pomocy de minimis podmiotów powiązanych (jeśli dotyczy) | | | |
| 6. | Oświadczenie wymagane do zakwalifikowania przedsiębiorstwa do kategorii MŚP | | | |
| 7. | Kopia Umowy Konsorcjum spółdzielczego (jeśli dotyczy) POTWIERDZONA ZA ZGODNOŚĆ Z | | | |
| 8. | Inne: np. kopia dokumentu potwierdzającego przynależność podmiotu do klastra/ sieci | | | |

IV. ZGODY I OŚWIADCZENIA:

| | |
|---|--|
| 1. | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych |
| <ul style="list-style-type: none"> Wyrażam zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych przez Caritas Archidiecezji Przemyskiej, z siedzibą w Przemyślu, przy ul. Kapitulnej 1 (37-700 Przemyśl)/ Podkarpacką Akademię Przedsiębiorczości Katarzyna Podraza, z siedzibą w Rzeszowie przy ul. Dąbrowskiego 20 A (35-036 Rzeszów), do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji do udziału w Projekcie pn. „Sukces - program wsparcia podmiotów ekonomii społecznej w funkcjonowaniu w sieciach, partnerstwach i klastrach”, | |



- **Wyrażam zgodę** na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail).

Czytelny podpis osoby/osób uprawnionej/-ych do reprezentowania Podmiotu:

1)
Data/czytelny podpis*

.....
Data i czytelny podpis* osoby do kontaktu
wskazanej w części I. Formularza
rekrutacyjnego**

2)
Data/czytelny podpis*

3)
Data/czytelny podpis*

*Czytelny podpis lub parafka z imienną pieczęcią.

**Jeśli osoba wskazana do kontaktu jest jednocześnie osobą uprawnioną do reprezentowania podmiotu wystarczające jest złożenie jednego podpisu.

2. Oświadczenia podmiotu

Świadoma/-y odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym w imieniu Podmiotu oświadczam, że:

- informacje zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym oraz załącznikach do niego są zgodne ze stanem faktycznym,
- zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie (Moduł II), Umową uczestnictwa w Projekcie i akceptuję ich zapisy oraz spełniam kryteria uczestnictwa w Projekcie określone ww. Regulaminie,
- osoby wskazane jako upoważnione do reprezentacji Podmiotu, są to osoby upoważnione do składania oświadczeń w imieniu Podmiotu, działają na podstawie uchwały wspólników lub organów spółki (o ile taka zgoda była wymagana) wymaganych do złożenia zgłoszenia do Projektu,
- zostałem/em poinformowana/y, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
- wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie pt. „Sukces - program wsparcia podmiotów ekonomii społecznej w funkcjonowaniu w sieciach, partnerstwach i klastrach” oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym,
- jestem świadoma/-y, iż złożenie dokumentów rekrutacyjnych do udziału w Projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem podmiotu. W przypadku nie zakwalifikowania do udziału w Projekcie nie będę wnosiła/wnosił żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatora Projektu,
- zobowiązuję się do delegowania do udziału w Projekcie osób będących pracownikami/przedstawicielami PES,
- osoby delegowane do uczestnictwa w Projekcie zostaną zobowiązane do dostarczenia Realizatorowi Projektu wymaganych dokumentów tj. formularz danych osobowych, potwierdzenia zapoznania się z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych, sporządzoną zgodnie z art. 13 lub 14 RODO (załącznik nr 1 do Umowy udziału w Projekcie),
- zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o możliwości przyszłego wzięcia udziału w badaniu ewaluacyjnym,
- mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane do Projektodawcy stają się własnością Projektodawcy/Realizatora i nie mam prawa żądać ich zwrotu.



Czytelny podpis osoby/osób uprawnionej/ych do reprezentowania Podmiotu:

1)
Data/czytelny podpis*

2)
Data/czytelny podpis*

3)
Data/czytelny podpis*

.....
Pieczęć Podmiotu