



**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			
<b>I. INFORMACJE PODSTAWOWE:</b>			
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



<b>II. RODZAJ PODMIOTU ZGODNIE Z KRYTERIAMI Z REGULAMINU</b>	
<b>a) Podmiot Ekonomii Społecznej (PES)</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>b) Przedsiębiorstwo Społeczne (PS<sup>1</sup>)</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>c) Przedsiębiorca/Przedsiębiorstwo komercyjne</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>d) Konsorcjum spółdzielcze<sup>2</sup></b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>e) Profil działalności/branża</b>	
<b>f) Oświadczam, że chce się stać członkiem sieci podmiotów ekonomii społecznej świadczących usługi dla osób starszych.</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>g) Oświadczam, że chce się stać członkiem sieci podmiotów ekonomii społecznej z branży gastronomicznej, producentów gotowych wyrobów garmażeryjnych.</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>h) Czy prowadzą Państwo działalność gospodarczą w jednym z obszarów priorytetowych wskazanych w KPRES?</b>	<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.
<b>i) Czy zgłaszają Państwo gotowość pełnienia roli Koordynatora Sieci?</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

<sup>1</sup> 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.

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



<b>j) Okres prowadzenia działalności przez przedsiębiorstwo.</b>	<input type="checkbox"/> mniej niż 36 m-ce <input type="checkbox"/> co najmniej 36 m-cy
<b>k) Czy są Państwo członkiem innej sieci/klastra?</b>	<input type="checkbox"/> TAK <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> NIE
<b>l) Czy podmiot, który Państwo reprezentują posiada dobrą kondycję finansową?</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Czy podmiot, który Państwo reprezentują osiąga przychody z działalności gospodarczej?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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)?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Czy regulują Państwo terminowo wymagalne zobowiązania?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>m) Czy obecnie współpracują Państwo z jednostką samorządu terytorialnego, w ramach prowadzonej działalności gospodarczej?</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>n) Co Państwo mogą zaoferować członkom Sieci?</b>	Proszę wybrać z listy:  <input type="checkbox"/> współpraca ( w jakim zakresie?) ..... <input type="checkbox"/> wiedzę ekspercką (w jakim zakresie?) ..... <input type="checkbox"/> nawiązanie kontaktów ( w jakim zakresie?) ..... <input type="checkbox"/> inne ( jakie?) ..... .....
<b>o) Jakich usług świadczonych na rzecz członków Sieci Państwo oczekują?</b>	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,

<sup>3</sup> 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><b>p) Jaką formą kontaktu Państwo preferują?</b></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:**

<b>1.</b>	<b>Zgoda na przetwarzanie danych osobowych</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Wyrażam zgodę</b>, 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”,</li> </ul>	



- **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 wnosila/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