



Data wpływu		FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY Wniosek o udzielenie wsparcia w ramach projektu
Nr formularza		Menadżer HR realizowanego w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 Działanie 1.3 Kadry nowoczesnej gospodarki przez Operatora Stowarzyszenie „Centrum Rozwoju Ekonomicznego Pasłęka” nr projektu FERS.01.03-IP.09-050/23

1. Informacje podstawowe			
Pełna nazwa Przedsiębiorstwa		NIP	
		REGON	
		KRS	
Forma prawna		Telefon	
Strona www		E-mail	
Kod działalności podstawowej - główne PKD			
Osoba do kontaktów roboczych		Telefon	
		E-mail	

Adres głównej siedziby przedsiębiorstwa	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Ulica	
Numer budynku	
Nr lokalu	
Poczta	

**2. Kryteria dostępu**

Nazwa	Wybór
Czy przedsiębiorstwo posiada raport z badania potrzeb rozwojowych – autodiagnozę?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Data opracowania autodiagnozy
Czy autodiagnoza została przygotowana w oparciu o kwestionariusz PARP?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy przedsiębiorstwo jest zarejestrowane w Bazie Usług Rozwojowych?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy przedsiębiorstwo korzystało ze wsparcia u innych Operatorów lub ich Partnerów wyłonionych w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w Programie Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 - konkurs nr FERS.01.03-IP.09-002/23 pn. „Akademia HR”?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Forma wniesienia przez przedsiębiorstwo wkładu własnego w ramach projektu	<input type="checkbox"/> Opłata <input type="checkbox"/> Wynagrodzenia <input type="checkbox"/> Mieszana

Zgłaszając chęć udziału w projekcie wnioskuję o:

Dofinansowanie usług rozwojowych: szkoleń i/lub doradztwa w zakresie: - kompetencji z obszaru polityki personalnej oraz - kompetencji z obszaru zarządzania zasobami ludzkimi	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
---	---

Lp.	Oświadczenia	Wybór
1	Oświadczam, że przedsiębiorstwo, które reprezentuję podlega wykluczeniu z możliwości otrzymania wsparcia na podstawie prawodawstwa unijnego i krajowego wprowadzającego sankcje wobec podmiotów i osób, które w bezpośredni lub pośredni sposób wspierają działania wojenne Federacji Rosyjskiej, lub są za nie odpowiedzialne.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2	Oświadczam, że przedsiębiorstwo, które reprezentuję zostało wpisane na Listę (sankcyjną) osób i podmiotów, o której mowa art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 1497, z późn. zm.). Lista prowadzona jest przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji i publikowana w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
3	Oświadczam, że przedsiębiorstwo, które reprezentuję współpracuje z przedstawicielami reżimu rządzącego w Federacji Rosyjskiej lub Republice Białorusi, w szczególności: z przedstawicielami władz tych państw, jak również czołowymi przedsiębiorcami objętymi aktualnymi sankcjami, w tym unijnymi, opublikowanymi w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej („Przedstawiciele Reżimu”).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
4	Oświadczam, że przedsiębiorstwo, które reprezentuję: – jest podmiotem kontrolowanym przez Przedstawicieli Reżimu – prowadzi działania biznesowe, przede wszystkim szerokorozumianą dwustronną wymianę handlową z podmiotami kontrolowanymi przez Przedstawicieli Reżimu.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
5	Zobowiązuję się do dostarczenia do Operatora w formie załącznika do niniejszego zgłoszenia oświadczeń podmiotów powiązanych z przedsiębiorstwem lub/i partnerskich , a dotyczących wykluczenia tych podmiotów z możliwości otrzymania środków Unii Europejskiej na podstawie prawodawstwa unijnego i krajowego wprowadzającego sankcje wobec podmiotów i osób, które w bezpośredni lub pośredni sposób wspierają działania wojenne Federacji Rosyjskiej lub są za nie odpowiedzialne.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
6	Oświadczam, że reprezentowane przez mnie przedsiębiorstwo do dnia złożenia niniejszego zgłoszenia nie zostało objęte wsparciem w ramach konkursu pn „Akademia HR”, tj. nie otrzymało dofinansowania w ramach projektów realizowanych przez innych Operatorów i ich Partnerów, wyłonionych w konkursie FERS.01.03-IP.09-002/23.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
7	Oświadczam, że reprezentowane przez mnie przedsiębiorstwo nie rozliczy usługi/usług rozwojowej/-ych, o których dofinansowanie aplikuje w ramach niniejszego zgłoszenia, u innych Operatorów lub ich Partnerów wyłonionych w konkursie FERS.01.03-IP.09-002/23 (tj. nie ubiegam się o wsparcie rozwojowe u innego Operatora w ramach konkursu pn. Akademia HR).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
8	Oświadczam, że nie wykażę tego samego kosztu wsparcia w celu uzyskania refundacji w ramach różnych projektów/przedsięwzięć współfinansowanych ze środków krajowych lub wspólnotowych.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie



3. Klasyfikacja przedsiębiorstwa

Oświadczam, że w rozumieniu przepisów załącznika nr 1 do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014r., przedsiębiorstwo, które reprezentuję jest:

Mikro Małe
 Średnie Duże

Dane historyczne dotyczące statusu przedsiębiorcy

Status przedsiębiorcy (n – rok aktualny/bieżący)

Stan na n-2

Stan na n-1

Stan aktualny/bieżący (ostatni zamknięty rok obrachunkowy)

Zmiana statusu – opis (jeśli dotyczy):

W przypadku, gdy nastąpiła zmiana statusu przedsiębiorstwa należy krótko opisać przesłanki, które spowodowały utratę bądź uzyskanie statusu mikro, małego, średniego lub dużego przedsiębiorcy.

Działanie w oparciu o umowę

Przedsiębiorstwo działa w oparciu o umowę

Typ przedsiębiorstwa

Wybór

Przedsiębiorstwo samodzielne (niezależne) w rozumieniu art. 3 Załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) 651/2014
UWAGA: W przypadku gdy przedsiębiorstwo jest samodzielne wypełnia **Załącznik nr 1** i wskazuje dane do określenia statusu.

Tak Nie

Przedsiębiorstwo partnerskie w rozumieniu art. 3 Załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) Nr 651/2014
UWAGA: W przypadku, gdy przedsiębiorstwo nie wpisuje się w definicję przedsiębiorstwa samodzielnego i pozostaje z innym/innymi przedsiębiorcami w relacji przedsiębiorstw partnerskich, wypełnia **Załącznik 2** i wskazuje skumulowane (wszystkich przedsiębiorstw) dane do określenia statusu.

Tak Nie

Przedsiębiorstwo powiązane (osobowo i/lub kapitałowo) w rozumieniu art. 3 Załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) Nr 651/2014.
UWAGA: W przypadku, gdy przedsiębiorstwo nie wpisuje się w definicję przedsiębiorstwa samodzielnego i pozostaje z innym/innymi przedsiębiorcami w relacji przedsiębiorstw powiązanych, wypełnia **Załącznik 3** i wskazuje skumulowane (wszystkich przedsiębiorstw) dane do określenia statusu

Tak Nie

Dane przedsiębiorstwa do określenia statusu

(w przypadku gdy Przedsiębiorca posiada relacje powiązania i/lub partnerskie należy podać skumulowane dane)

Skumulowane dane do określenia kategorii Przedsiębiorcy	Stan na n-2	Stan na n-1	Stan aktualny/bieżący (ostatni zamknięty rok obrachunkowy)
Okres, którego dotyczą dane			
Wielkość zatrudnienia			
Obroty ze sprzedaży netto (w PLN)			
Obroty ze sprzedaży netto (w EUR)			
Suma aktywów bilansu (w PLN)			
Suma aktywów bilansu (w EUR)			

Wypełnij: Załącznik 1 lub Załącznik 2 lub Załącznik 3 lub Załącznik 4

**4. Informacje dotyczące otrzymanej pomocy**Oświadczam, iż przedsiębiorstwo, które reprezentuję w ciągu bieżącego roku
podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych Nie otrzymało pomocy *de minimis* Tak otrzymało pomoc *de minimis* w wysokości wykazanej
w tabeli

Lp.	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna otrzymanej pomocy	Dzień udzielenia pomocy (dzień-miesiąc-rok)	Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy	Forma pomocy	Wartość pomocy brutto	
						w PLN	w EUR
1							
2							
...							
Razem							

Wnioskuje o udzielenie pomocy *de minimis* Tak Nie

Lp.	Oświadczenia	Wybór
1	Oświadczam, że przedsiębiorstwo, które reprezentuję (wraz z podmiotami powiązаныmi lub/i partnerskimi) w ciągu bieżącego roku i dwóch poprzedzających lat podatkowych nie otrzymało pomocy de minimis w kwocie wyższej niż – 200 tys EURO, a w przypadku przedsiębiorcy prowadzącego działalność w zakresie drogowego transportu towarów – kwoty 100 tys EURO.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2	Oświadczam, że wszelkie informacje dotyczące pomocy <i>de minimis</i> otrzymanej przez przedsiębiorstwo, które reprezentuję są zgodne z Zaświadczeniami o pomocy <i>de minimis</i> , jakie przedsiębiorstwo otrzymało od podmiotów udzielających mu pomocy <i>de minimis</i> w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
3	Oświadczam, że nie ciąży na mnie/na reprezentowanym przeze mnie przedsiębiorstwie obowiązek zwrotu pomocy, wynikający z decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem oraz ze wspólnym rynkiem.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
4	Oświadczam, że przedsiębiorstwo, które reprezentuję nie podlega wykluczeniu (dotyczy również osób reprezentujących przedsiębiorstwo) z możliwości dostępu do środków publicznych na podstawie przepisów prawa (w szczególności, sąd nie orzekł wobec niego, jako podmiotu zbiorowego, zakazu korzystania z dotacji, subwencji lub innych form wsparcia finansowego środkami publicznymi) oraz stosownie do Rozporządzenia Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy <i>de minimis</i> (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
5	Oświadczam, że przedsiębiorstwo, które reprezentuję, nie podlega wykluczeniu z możliwości udzielenia mu pomocy <i>de minimis</i> na podstawie art. 1 ust. 1 rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy <i>de minimis</i> (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, s. 1, z późn. zm.) w szczególności nie prowadzi działalności w żadnym z następujących sektorów (lub zapewni rozdzielenie działalności lub wyodrębnienie kosztów, by działalność w następujących sektorach nie odnosiła korzyści z pomocy <i>de minimis</i> udzielonej Przedsiębiorcy w ramach projektu): <ul style="list-style-type: none"> – w sektorze produkcji podstawowej produktów rybołówstwa i akwakultury, które to produkty zostały określone w art. 5 lit. a) i b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1379/2013 z dnia 11 grudnia 2013 r. w sprawie wspólnej organizacji rynków produktów rybołówstwa i akwakultury, zmieniającego rozporządzenia Rady (WE) nr 1184/2006 i (WE) nr 1224/2009 oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 104/2000 (Dz. Urz. UE L 354 z 28.12.2013, str. 1, z późn. zm.), – w sektorze przetwarzania i wprowadzania do obrotu produktów rybołówstwa i akwakultury, gdy kwota pomocy ustalana jest na podstawie ceny lub ilości produktów nabytych lub wprowadzonych do obrotu, w sektorze produkcji podstawowej produktów rolnych wymienionych w załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (wersja skonsolidowana 2016; Dz. Urz. UE C 202 z 7.6.2016, str. 333) oraz – w sektorze przetwarzania i wprowadzania do obrotu produktów rolnych w następujących przypadkach: (i) kiedy wysokość pomocy ustalana jest na podstawie ceny lub ilości takich produktów nabytych od producentów podstawowych lub wprowadzonych na rynek przez przedsiębiorstwa objęte pomocą; (ii) kiedy przyznanie pomocy zależy od faktu przekazania jej w części lub w całości producentom podstawowym. 	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
6	Oświadczam, że jestem świadoma/-y, iż w przypadku nieprzekazania lub przekazania nieprawdziwych informacji o pomocy publicznej, o których mowa w art. 39 oraz art. 40 ust. 1 i ust. 3 pkt 2, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów może w drodze decyzji nałozżyć na beneficjenta pomocy karę pieniężną do wysokości równowartości 10 000 euro (zgodnie z art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. Nr 123, poz. 1291 z późn. zm.).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
7	Zobowiązuję się przed podpisaniem umowy wsparcia dostarczyć do Operatora tj. Stowarzyszenia „Centrum Rozwoju Ekonomicznego Pasłęka” Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis , w formie papierowej na adres 14-400 Pasłęk, Pl. Św. Wojciecha 3.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

**5. Odbiorcy wsparcia**

Oświadczam, że osoby wymienione w zgłoszeniu to właścicielki/-e i/lub pracownicy/-y przedsiębiorstwa, którzy zostaną objęte/-ci wsparciem w ramach projektu:

Nazwa	Osoba 1		Osoba	
Imię (imiona)				
Nazwisko				
PESEL				
Data urodzenia				
Płeć	Kobieta	<input type="checkbox"/>	Kobieta	<input type="checkbox"/>
	Mężczyzna	<input type="checkbox"/>	Mężczyzna	<input type="checkbox"/>
Status <i>(należy zaznaczyć jedną właściwą odpowiedź)</i>	Właściciel/-ka zarządzający/-a przedsiębiorstwem odpowiedzialny/-a za politykę personalną lub za zarządzanie zasobami ludzkimi w firmie	<input type="checkbox"/>	Właściciel/-ka zarządzający/-a przedsiębiorstwem odpowiedzialny/-a za politykę personalną lub za zarządzanie zasobami ludzkimi w firmie	<input type="checkbox"/>
	Współwłaściciel/-ka zarządzający/-a przedsiębiorstwem odpowiedzialny/-a za politykę personalną lub za zarządzanie zasobami ludzkimi w firmie	<input type="checkbox"/>	Współwłaściciel/-ka zarządzający/-a przedsiębiorstwem odpowiedzialny/-a za politykę personalną lub za zarządzanie zasobami ludzkimi w firmie	<input type="checkbox"/>
	Pracownik/-ca zespołu HR	<input type="checkbox"/>	Pracownik/-ca zespołu HR	<input type="checkbox"/>
	Pracownik/-ca odpowiedzialny/-a za politykę personalną w firmie	<input type="checkbox"/>	Pracownik/-ca odpowiedzialny/-a za politykę personalną w firmie	<input type="checkbox"/>
	Menadżer/-ka odpowiedzialny/-a za politykę personalną w firmie	<input type="checkbox"/>	Menadżer/-ka odpowiedzialny/-a za politykę personalną w firmie	<input type="checkbox"/>
	Kandydat/-ka na menadżera/-ki odpowiedzialny/-a za politykę personalną w firmie	<input type="checkbox"/>	Kandydat/-ka na menadżera/-ki odpowiedzialny/-a za politykę personalną w firmie	<input type="checkbox"/>
	Pracownik/-ca odpowiedzialny/-a za zarządzanie zasobami ludzkimi w firmie	<input type="checkbox"/>	Pracownik/-ca odpowiedzialny/-a za zarządzanie zasobami ludzkimi w firmie	<input type="checkbox"/>
	Menadżer/-ka odpowiedzialny/-a za zarządzanie zasobami ludzkimi w firmie	<input type="checkbox"/>	Menadżer/-ka odpowiedzialny/-a za zarządzanie zasobami ludzkimi w firmie	<input type="checkbox"/>
	Kandydat/-ka na menadżera/-kę odpowiedzialny/-a za zarządzanie zasobami ludzkimi w firmie	<input type="checkbox"/>	Kandydat/-ka na menadżera/-kę odpowiedzialny/-a za zarządzanie zasobami ludzkimi w firmie	<input type="checkbox"/>
Stanowisko				
Forma zatrudnienia zg. z §1 ust. 18 Regulaminu <i>(należy zaznaczyć jedną właściwą odpowiedź)</i>	Pracownik/-ca zatrudniony/-a w ramach umowy o pracę	<input type="checkbox"/>	Pracownik/-ca zatrudniony/-a w ramach umowy o pracę	<input type="checkbox"/>
	Właściciel/-ka pełniący/-a funkcje kierownicze	<input type="checkbox"/>	Właściciel/-ka pełniący/-a funkcje kierownicze	<input type="checkbox"/>
	Wspólnik/-czka, w tym partner/-ka prowadzący/-a regularną działalność w przedsiębiorstwie i czerpiący z niego korzyści finansowe	<input type="checkbox"/>	Wspólnik/-czka, w tym partner/-ka prowadzący/-a regularną działalność w przedsiębiorstwie i czerpiący z niego korzyści finansowe	<input type="checkbox"/>
	Inna (jaka?)	<input type="checkbox"/>	Inna (jaka?)	<input type="checkbox"/>
Wymiar czasu pracy				
Okres zatrudnienia Od....				
Okres zatrudnienia Do....				
Osoba z niepełnosprawnościami	Nie	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>
	Tak	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>
	Jeżeli Tak to należy podać stopień niepełnosprawności oraz szczególne potrzeby dotyczące udziału w projekcie czy usługach rozwojowych		Jeżeli Tak to należy podać stopień niepełnosprawności oraz szczególne potrzeby dotyczące udziału w projekcie czy usługach rozwojowych	



Obszary do rozwoju <i>(można zaznaczyć więcej niż jeden obszar dla każdej osoby)</i>	Przygotowanie organizacji do wyzwań rynku pracy	<input type="checkbox"/>	Przygotowanie organizacji do wyzwań rynku pracy	<input type="checkbox"/>
	Zarządzanie zmianami wynikającymi z przeobrażeń na rynku pracy	<input type="checkbox"/>	Zarządzanie zmianami wynikającymi z przeobrażeń na rynku pracy	<input type="checkbox"/>
	Zarządzanie wiekiem i współpracą międzypokoleniową	<input type="checkbox"/>	Zarządzanie wiekiem i współpracą międzypokoleniową	<input type="checkbox"/>
	Zarządzanie różnorodnością i wielokulturowością w organizacji	<input type="checkbox"/>	Zarządzanie różnorodnością i wielokulturowością w organizacji	<input type="checkbox"/>
	Umiejętność wdrożenia zasady równości szans, niedyskryminacji i transparentności	<input type="checkbox"/>	Umiejętność wdrożenia zasady równości szans, niedyskryminacji i transparentności	<input type="checkbox"/>
	Zarządzanie pracą zdalną i hybrydową	<input type="checkbox"/>	Zarządzanie pracą zdalną i hybrydową	<input type="checkbox"/>
	Wdrażanie nowych modeli i form organizacji pracy	<input type="checkbox"/>	Wdrażanie nowych modeli i form organizacji pracy	<input type="checkbox"/>
	Budowanie środowiska pracy dla osób ze szczególnymi potrzebami funkcjonalnymi	<input type="checkbox"/>	Budowanie środowiska pracy dla osób ze szczególnymi potrzebami funkcjonalnymi	<input type="checkbox"/>
	Wykorzystanie procesów migracyjnych w wewnątrzorganizacyjnej polityce HR	<input type="checkbox"/>	Wykorzystanie procesów migracyjnych w wewnątrzorganizacyjnej polityce HR	<input type="checkbox"/>
	Orientacja w biznesie i uwarunkowaniach społeczno-kulturowych	<input type="checkbox"/>	Orientacja w biznesie i uwarunkowaniach społeczno-kulturowych	<input type="checkbox"/>
	Digital - wykorzystanie narzędzi i systemów ICT w obszarze HR	<input type="checkbox"/>	Digital - wykorzystanie narzędzi i systemów ICT w obszarze HR	<input type="checkbox"/>
	Analityka w procesach HR w kontekście zmian rynku pracy	<input type="checkbox"/>	Analityka w procesach HR w kontekście zmian rynku pracy	<input type="checkbox"/>
	Zrównoważone zarządzanie potencjałem pracowników – zgodnie z nowymi wyzwaniami rynku pracy	<input type="checkbox"/>	Zrównoważone zarządzanie potencjałem pracowników – zgodnie z nowymi wyzwaniami rynku pracy	<input type="checkbox"/>
	Zarządzanie procesami technologicznego wsparcia pracy	<input type="checkbox"/>	Zarządzanie procesami technologicznego wsparcia pracy	<input type="checkbox"/>
Budowa prorodzinnej kultury pracy	<input type="checkbox"/>	Budowa prorodzinnej kultury pracy	<input type="checkbox"/>	
Należy uzasadnić rolę wskazanej osoby w rozwoju w firmie wybranych obszarów <i>(wypełnienie pola jest obligatoryjne)</i>				
UWAGA!!! Liczba kolumn musi być tożsama z liczbą osób, które będą uczestniczyły w projekcie Menadżer HR (jedna kolumna=jedna osoba).				

**6. Oświadczenia**

Przedsiębiorstwo zarejestrowane jest w CEiDG

Przedsiębiorstwo zarejestrowane jest w KRS

Informacje o osobach uprawnionych do reprezentowania przedsiębiorstwa

Lp.	Imię	Nazwisko	PESEL	NIP
1				
2				
...				

Lp.	Oświadczenia	Wybór
1	Oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu zgłoszeniowym i dodatkowych dokumentach (o ile dotyczy) są prawdziwe, kompletne, w pełni odzwierciedlają sytuację prawną, finansową i gospodarczą oraz są zgodne ze stanem faktycznym, a oświadczenie powyższe składam/-y świadomy/-i odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, wynikającej z art. 233 § 1 oraz art. 297 Kodeksu karnego.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2	Zobowiązuję się do dostarczania do Operatora dodatkowych wyjaśnień, dokumentów (informacji) niezbędnych w trakcie weryfikowania przedsiębiorstwa i udzielonego wsparcia w terminie wyznaczonym przez Operatora. Przekroczenie wyznaczonego terminu może skutkować odmową zakwalifikowania przedsiębiorstwa do udziału w projekcie.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
3	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 przez wskazany podmiot oraz inne uprawnione instytucje.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
4	Wyrażam zgodę na otrzymywanie wszelkich informacji o projekcie i uczestnictwa w nim przedsiębiorstwa, które reprezentuję drogą elektroniczną na adres e-mail podany w części 1 formularza zgłoszeniowego (do kontaktu) w rozumieniu art. 10 ust. 2 Ustawy z dnia 18 lipca 2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
5	Oświadczam, że zapoznałam/-em się z treścią Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, rozumiem zawarte w nim zapisy, w pełni je akceptuję oraz zobowiązuję się przestrzegać jego postanowień w trakcie realizacji projektu.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
6	Oświadczam, że reprezentowane przez mnie przedsiębiorstwo nie posiada zaległości z tytułu należności publicznoprawnych (nie zalega z uiszczaniem podatków, jak również z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
7	Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
8	Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y, że udział w projekcie wiąże się z uzyskaniem pomocy de minimis.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
9	Oświadczam, że przedsiębiorstwo, które reprezentuję zobowiązuje się do wniesienia wkładu własnego w wysokości nie mniejszej niż 20% kwoty wsparcia.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
10	Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przestępstwo skarbowe oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
11	Oświadczam, że przedsiębiorstwo, które reprezentuję nie pozostaje w stanie upadłości, pod zarządem komisarycznym i nie znajduje się w toku likwidacji, postępowania upadłościowego lub postępowania układowego z wierzycielami oraz nie jest w trudnej sytuacji, w rozumieniu pkt. 20 Wytycznych dotyczących pomocy państwa na ratowanie i restrukturyzację przedsiębiorstw niefinansowych znajdujących się w trudnej sytuacji (Dz. Urz. EU C 249/1 z 31.07.2014 r.).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
12	Oświadczam, że nie zostałam/-em skazana/-y prawomocnym wyrokiem za przestępstwo składania fałszywych zeznań, przekupstwa, przestępstwa przeciwko mieniu, wiarygodności dokumentów, obrotowi pieniężnemu i papierami wartościowymi, obrotowi gospodarczemu, systemowi bankowemu, przestępstwa skarbowe albo inne związane z wykonywaniem działalności gospodarczej lub popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych (dot. firm zarejestrowanych w CEiDG).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
13	Oświadczam, że nie zostałam/-em skazana/-y prawomocnym wyrokiem oraz którykolwiek z członków organów zarządzających bądź wspólników przedsiębiorstwa, które reprezentuję nie został skazany/-a za przestępstwa składania fałszywych zeznań, przekupstwa, przestępstwa przeciwko mieniu, wiarygodności dokumentów, obrotowi pieniężnemu i papierami wartościowymi, obrotowi gospodarczemu, systemowi bankowemu, przestępstwo skarbowe albo inne związane z wykonywaniem działalności gospodarczej lub popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych (dot. firm zarejestrowanych w KRS).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
14	Mam świadomość, że wszelkie dokumenty przekazane do Operatora stają się własnością Operatora i nie mam prawa żądać ich zwrotu.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
15	Oświadczam, że jestem świadoma/-y, iż złożenie niniejszego formularza zgłoszeniowego wraz z załącznikami nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem przedsiębiorstwa do objęcia wsparciem.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

**7. Załączniki**

Nazwa załącznika	Wybór
Dokumenty źródłowe - finansowe potwierdzające dane zawarte w części 3 niniejszego zgłoszenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Dokumenty źródłowe - dot. zatrudnienia potwierdzające dane zawarte w części 3 niniejszego zgłoszenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Umowa w oparciu, o którą działa przedsiębiorstwo (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Umowa spółki cywilnej (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Dokumenty źródłowe – zaświadczenia dot. otrzymanej pomocy potwierdzające dane zawarte w części 4 niniejszego zgłoszenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Karta zgłoszeniowa właściciela i/lub pracownika przedsiębiorstwa tj. osób wykazanych w części 5 niniejszego zgłoszenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych tj. osób wykazanych w części 5 niniejszego zgłoszenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Dokumenty źródłowe potwierdzające status osób wykazanych w części 5 niniejszego zgłoszenia: umowa o pracę wraz z zakresem obowiązków, druk „dane ubezpieczonego” z portalu e-PUE, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (o ile dotyczy), inne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczenie dotyczące środków sankcyjnych dla firm powiązanych z przedsiębiorcą (pobierz wzór)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Raport z badania potrzeb rozwojowych – autodiagnoza, dokument zatwierdzony (podpisany) przez osobę/y upoważnione do reprezentowania przedsiębiorstwa	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Inne załączniki, wyjaśnienia (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Ja niżej podpisana/-y świadoma/-y odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, wynikającej z art. 233 § 1 oraz art. 297 Kodeksu, oświadczam, iż wszystkie złożone oświadczenia oraz podane dane i informacje dotyczące mojego Przedsiębiorstwa zawarte w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym są prawdziwe, kompletne i w pełni odzwierciedlają sytuację prawną, finansową i gospodarczą oraz są zgodne ze stanem faktycznym. Ponadto, informuję iż zapoznałam/-em się z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych.

Pieczęćka firmy

Czytelny podpis/-y osoby/osób uprawnionych do reprezentowania przedsiębiorstwa lub podpis z pieczęćką imienną