|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ***data wpływu*** | ***nr referencyjny*** |
| ***WYPEŁNIA PRACOWNIK BIURA PROJEKTU*** | |

**FORMULARZ REKRUTACYJNY do projektu**

**„RESKILLING - nowe zadanie dla firm z sektora MSP z branży usług opiekuńczych” (faza 5 - wdrożenie)**

**Składając niniejszy formularz rekrutacyjny zgłaszam chęć uczestnictwa w projekcie „RESKILLING - nowe zadanie dla firm z sektora MSP z branży usług opiekuńczych” na zasadach określonych w Regulaminie uczestnictwa w projekcie, co jest równoznaczne ze zobowiązaniem do podpisania umowy uczestnictwa w projekcie, w przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE PRZEDSIĘBIORSTWA – ogólne** | | | | | | | | |
| Pełna nazwa | | |  | | | | | |
| NIP | | |  | | | | | |
| PKD (potwierdzające przynależność do grupy docelowej)[[1]](#footnote-1) | | |  | | | | | |
| Nazwa i numer dokumentu rejestrowego | | |  | | | | | |
| Osoba/y upoważniona do reprezentacji (zgodnie z dokumentem rejestrowym) *nazwisko, imię, stanowisko* | | |  | | | | | |
| **DANE PRZEDSIĘBIORSTWA – teleadresowe** | | | | | | | | |
| Województwo | | |  | | | | | |
| Gmina | | |  | | Powiat | |  | |
| Miejscowość | | |  | | Kod pocztowy | |  | |
| Ulica | | |  | | | | | |
| Nr domu | | |  | | Nr lokalu  (jeśli dotyczy)  *(pole nieobowiązkowe)* | |  | |
| Osoba/y upoważniona do kontaktu | | |  | | | | | |
| Telefon kontaktowy | | |  | | | | | |
| Adres e-mail | | |  | | | | | |
| **DANE PRZEDSIĘBIORSTWA – szczegółowe** | | | | | | | | |
| Kategoria przedsiębiorstwa | | | mikroprzedsiębiorstwo  małe przedsiębiorstwo  średnie przedsiębiorstwo  duże przedsiębiorstwo | | | | | |
| Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej | | |  | | | | | |
| Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej w obszarze usług opiekuńczych | | |  | | | | | |
| Uzasadnienie potrzeby uczestnictwa w Projekcie, opis problemów związanych z reskillingiem[[2]](#footnote-2) | | |  | | | | | |
| **DANE ODDELEGOWANYCH PRACOWNIKÓW [minimum 2 pracowników] – przedsiębiorstwo oświadcza, że wymienieni poniżej pracownicy zadeklarowali gotowość uczestnictwa w Projekcie:** | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwisko i imię | Forma zatrudnienia | Zakres zadań / dział, w którym pracownik jest zatrudniony[[3]](#footnote-3) | Płeć | | Poziom wykształcenia | | Niepełno-sprawność[[4]](#footnote-4) |
| 1 |  | umowa o pracę  umowa cywilno-prawna  inna forma | opiekun  terapeuta  psycholog  socjoterapeuta  kierownik / kadra zarządzająca | kobiet  mężczyzna | | niższe niż podstawowe  podstawowe  gimnazjalne  ponadgimnazjalne  policealne  wyższe | | tak  nie |
| 2 |  | umowa o pracę  umowa cywilno-prawna  inna forma | opiekun  terapeuta  psycholog  socjoterapeuta  kierownik / kadra zarządzająca | kobiet  mężczyzna | | niższe niż podstawowe  podstawowe  gimnazjalne  ponadgimnazjalne  policealne  wyższe | | tak  nie |
| 3 |  | umowa o pracę  umowa cywilno-prawna  inna forma | opiekun  terapeuta  psycholog  socjoterapeuta  kierownik / kadra zarządzająca | kobiet  mężczyzna | | niższe niż podstawowe  podstawowe  gimnazjalne  ponadgimnazjalne  policealne  wyższe | | tak  nie |
| 4 |  | umowa o pracę  umowa cywilno-prawna  inna forma | opiekun  terapeuta  psycholog  socjoterapeuta  kierownik / kadra zarządzająca | kobiet  mężczyzna | | niższe niż podstawowe  podstawowe  gimnazjalne  ponadgimnazjalne  policealne  wyższe | | tak  nie |
| 5 |  | umowa o pracę  umowa cywilno-prawna  inna forma | opiekun  terapeuta  psycholog  socjoterapeuta  kierownik / kadra zarządzająca | kobiet  mężczyzna | | niższe niż podstawowe  podstawowe  gimnazjalne  ponadgimnazjalne  policealne  wyższe | | tak  nie |
| *Świadoma/-y odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych i oświadczeń* | | | | | | | | |
| Oświadczam, że zawarte w formularzu dane są prawdziwe i jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego – Oddział w Bydgoszczy w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych i oświadczeń zawartych w formularzu. | | | | | | | | |
| Oświadczam, że zapoznałam/em się z REGULAMINEM UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „RESKILLING - nowe zadanie dla firm z sektora MSP z branży usług opiekuńczych” i zobowiązuję się do jego przestrzegania, w przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie. | | | | | | | | |
| **WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW** | | | | | | | | |
| Klauzula RODO  Oświadczenie dotycząće uzyskanej pomocy de minimis  Formularz informacji składanych przy ubieganiu się o pomoc de minimis | | | | | | | | |

*………………………………………………………………………………………………………………….*

*Data, podpis osoby upoważnionej do reprezentowania firmy, pieczęć*

**KLAUZULA RODO w związku z aplikowaniem do udziału w Projekcie**

**pt. „RESKILLING - nowe zadanie dla firm z sektora MSP z branży usług opiekuńczych”**

|  |
| --- |
| **Klauzula informacyjna RODO**  1) Zgodnie z art. 13 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – dalej: RODO, informujemy, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polskie Towarzystwo Ekonomiczne – Oddział w Bydgoszczy z siedzibą w Bydgoszczy przy ul. Długiej 34.  2) Na podstawie obowiązujących przepisów, wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się:   * listownie na adres: 85-034 Bydgoszcz, ul. Długa 34 * przez e-mail: [biuro@pte.bydgoszcz.pl](mailto:biuro@pte.bydgoszcz.pl)   3) Dane osobowe pozyskane w związku ze złożeniem formularza rekrutacyjnego będą przetwarzane w następujących celach:   * prowadzenie procesu rekrutacji do projektu * ocena formalna i merytoryczna kandydata na uczestnika projektu * kontakt w celu poinformowania o wynikach rekrutacji   4) Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest:   * niezbędność do przeprowadzenia kompleksowego procesu rekrutacji do projektu (art. 6 ust. 1 lit. b RODO), * niezbędność do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO).   5) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do złożenia poprawnego formalnie formularza rekrutacyjnego.  6) Pozyskane od Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane:   * podmiotom przetwarzającym je na nasze zlecenie oraz * organom lub podmiotom publicznym uprawnionym do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa, np. sądom, organom ścigania lub instytucjom państwowym, gdy wystąpią z żądaniem, w oparciu o stosowną podstawę prawną.   7) Pani/Pana dane nie będą przekazane do państw trzecich.  8) Okres przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest uzależniony od celu w jakim dane są przetwarzane. Okres, przez który Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane jest obliczany w oparciu o następujące kryteria:   * okres realizacji projektu, * przepisy prawa, które mogą nas obligować do przetwarzania danych przez określny czas, * okres, który jest niezbędny do obrony naszych interesów.   9) Ponadto, informujemy, że ma Pani/Pan prawo do:   * dostępu do swoich danych osobowych, * żądania sprostowania swoich danych osobowych, które są nieprawidłowe oraz uzupełnienia niekompletnych danych osobowych, * żądania usunięcia swoich danych osobowych, w szczególności w przypadku cofnięcia przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie, gdy nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania, * żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych, * wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych, ze względu na Pani/Pana szczególną sytuację, w przypadkach, kiedy przetwarzamy Pani/Pana dane na podstawie naszego prawnie usprawiedliwionego interesu czy też na potrzeby marketingu bezpośredniego, * przenoszenia swoich danych osobowych, * wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.   10) W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie zgody – ma Pani/Pan prawo wycofania zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pani/Pana zgody przed jej wycofaniem. Zgodę może Pani/Pan wycofać poprzez wysłanie oświadczenia o wycofaniu zgody na nasz adres korespondencyjny bądź adres e-mailowy.  11) Informujemy, że nie korzystamy z systemów służących do zautomatyzowanego podejmowania decyzji. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię  [należy wymienić osoby upoważnione do reprezentacji i kontaktu oraz wszystkich delegowanych pracowników] | Data, podpis  **Podpisem potwierdzam akceptację powyższej klauzuli RODO** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |

**Oświadczenie dotyczące uzyskanej pomocy de minimis**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko wnioskodawcy** |  |

Oświadczam, że w okresie bieżącego roku kalendarzowego i dwóch poprzednich lat kalendarzowych została mi udzielona pomoc de minimis:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Dzień udzielenia pomocy | Podmiot udzielający pomocy | Podstawa prawna otrzymanej pomocy | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy | Forma pomocy | Wartość otrzymanej pomocy | | | | Przeznaczenie pomocy publicznej |
| Brutto | | Netto | |
| PLN | Euro | PLN | Euro |
| POMOC DE MINIMIS | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SUMA: | | | | | |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że w okresie bieżącego roku kalendarzowym i dwóch poprzednich lat kalendarzowych nie otrzymałem pomocy de minimis.

Ja, niżej podpisany jestem pouczony i świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, wynikającej z art. 271 Kodeksu Karnego.

*………………………………………………………………………………………*

*data, podpis wnioskodawcy*

1. Do udziału w projekcie mogą przystąpić podmioty realizujące usługi opiekuńcze i rehabilitacyjne, tj. posiadające wpis w KRS/CEIDG PKD dział 87 i 88, dzienne i całodobowe. [↑](#footnote-ref-1)
2. Reskilling rozumiany jako sfera działań względem pracowników związana z m.in. aktualizacją ich kompetencji i kwalifikacji do wymagań rynku/nowych trendów itd.; wypełnianie luk kompetencyjnych itp. [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy wskazać zakres / dział zgodnie z poniższym opisem:

   * osoby realizujące zadania opiekuńcze (dalej Opiekunowie): opiekunowie osób starszych, opiekunowie medyczni, asystenci osób niepełnosprawnych itd.
   * osoby realizujące zadania terapeutyczne/diagnostyczne w zakresie zdrowia somatycznego (dalej Terapeuci): fizjoterapeuci, kinezyterapeuci, rehabilitanci, dietetycy
   * osoby realizujące zadania terapeutyczne/diagnostyczne w zakresie zdrowia psychicznego (dalej Psychologowie): psycholodzy, neurologopedzi, psychiatrzy itp.
   * osoby realizujące zadania terapeutyczne w zakresie funkcjonowania społecznego (dalej Socjoterapeuci): terapeuci zajęciowi, socjoterapeuci
   * kadra zarządzająca: kierownicy placówek, kierownicy działów (dalej Kierownicy)

   [↑](#footnote-ref-3)
4. Uwaga: w przypadku osób z niepełnosprawnością należy załączyć kopię orzeczenia. [↑](#footnote-ref-4)