|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ***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 minimisFormularz 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

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)