

Załącznik nr 2 do Regulaminu naboru do projektu

Załącznik nr 6 do Formularza Zgłoszeniowego Przedsiębiorcy

**FORMULARZ DOTYCZĄCY OSOBY KIEROWANEJ NA USŁUGĘ ROZWOJOWĄ**

**do projektu „Operator wsparcia finansowego MŚP w województwie śląskim”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RODZAJ FORMULARZA (zaznaczyć właściwy kwadrat)** | | |
| * **Formularz zgłoszeniowy** | | * **Formularz korygujący** |
| **INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ DOKUMENT** | | |
| **Data** |  | |
| **Indywidualny numer zgłoszeniowy** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/PSF3/202\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

**UWAGA!!! Należy wypełnić każde pole, w przypadku braku danych wpisać „nie dotyczy” lub wykreślić pola**

***Część A***

*Wypełnia Przedsiębiorca*

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa przedsiębiorstwa** |  |
| **Miejsce zatrudnienia uczestnika (miejscowość / województwo)** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A.1. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA[[1]](#footnote-2)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A.1.1.** | **Imię** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A.1.2.** | **Nazwisko** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A.1.3.** | **Płeć** | ⬜ **KOBIETA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⬜ **MĘŻCZYZNA** | |
| **A.1.4.** | **PESEL** |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | ⬜ **brak nr PESEL** | |
| **A.1.4.1.** | **Typ i nr dokumentu (dotyczy w przypadku braku nr PESEL)** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A.1.5.** | **Data urodzenia** |  | |  | |  | |  | | - | |  | |  | | - | |  | |  | | **RRRR – MM – DD** | |
| **A.1.6.** | **Wykształcenie** | ⬜ niższe niż podstawowe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⬜ podstawowe | |
| ⬜ gimnazjalne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⬜ ponadgimnazjalne (ukończona (zasadnicza szkoła zawodowa, liceum, technikum, technikum uzupełniające) | |
| ⬜ policealne (ukończona szkoła policealna) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⬜ wyższe | |
| **A.1.7.** | **Zajmowane stanowisko pracy (w przypadku osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą należy wpisać „Właściciel”)** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A.1.8.** | **Zatrudnienie w przedsiębiorstwie –typ umowy (rodzaj zatrudnienia)[[2]](#footnote-3) (nie dotyczy osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą)** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A.1.9.** | **Data rozpoczęcia zatrudnienia w przedsiębiorstwie oraz czas obowiązywania umowy (od do)[[3]](#footnote-4)**  **(w przypadku osób zatrudnionych na umowę na czas nieokreślony jako datę „do” należy wpisać „umowa na czas nieokreślony”, w przypadku osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą jako datę „od” należy wpisać datę rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej z CEIDG)** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A.2. DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA/MIEJSCE ZAMIESZKANIA** | | | | | | | | | |
| **A.2.1.** | **Województwo** | | |  | | | | | |
| **A.2.2.** | **Powiat** | | |  | | | | | |
| **A.2.3.** | **Gmina** | | |  | | | | | |
| **A.2.4.** | **Miejscowość** | | |  | **Kod pocztowy** | |  | | |
| **A.2.5.** | **Ulica** | | |  | **Numer budynku** |  | **Numer lokalu** | |  |
| **A.2.6.** | **Telefon (uczestnika)** | | |  | | | | | |
| **A.2.7.** | **E-mail (uczestnika)** | | |  | | | | | |
| **A.3. OKREŚLENIE WYSOKOŚCI WSPARCIA DLA UCZESTNIKA W RAMACH PROJEKTU** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | **TAK** | **NIE** |
| **A.3.1.** | | | **Dodatkowe 10 punktów procentowych, lecz nie więcej niż 80%** | Osoba z niepełnosprawnością[[4]](#footnote-5) | | | | |  |  |
| **A.3.2.** | | | **Dodatkowe 10 punktów procentowych, lecz nie więcej niż 80%** | Osoba w wieku powyżej 50 lat w dniu uczestnictwa w usłudze rozwojowej | | | | |  |  |
| **A.3.3.** | | | **Dodatkowe 10 punktów procentowych, lecz nie więcej niż 80%** | Osoba o niskich kwalifikacjach (oznacza wykształcenie co najwyżej ponadgimnazjalne/średnie, w tym ukończone liceum ogólnokształcące; liceum profilowane; technikum; uzupełniające liceum ogólnokształcące; technikum uzupełniające; zasadnicza szkoła zawodowa) | | | | |  |  |
| **A.3.4.** | | | **Dodatkowe 10 punktów procentowych, lecz nie więcej niż 80%** | Usługa rozwojowa mająca na celu zdobycie lub potwierdzenie kwalifikacji[[5]](#footnote-6), o których mowa w art. 2 pkt 8 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji | | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **A.4. UZASADNIENIE WYBORU USŁUGI ROZWOJOWEJ[[6]](#footnote-7)** | | **Uzupełnić obowiązkowo w zakresie**: | | **A.4.1. Tytuł usługi** | | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | **4.2. Numer usługi z Bazy Usług Rozwojowych** | | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | **A.4.3. Zgodność tematyki wybranej usługi z zajmowanym stanowiskiem pracy** | | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | **A.4.4. Zasadność wyboru usługi w aspekcie czasu trwania zatrudnienia osoby kierowanej na usługę** | | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |

……………………………………………………………..………………………………………

Data i podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Przedsiębiorcy

**UWAGA**

**Podpis musi pozwalać na jednoznaczną identyfikację osoby, która go złożyła, tj. zawierać możliwe do odczytania nazwisko osoby składającej podpis lub parafkę + pieczęć firmową z imieniem i nazwiskiem Przedsiębiorcy.**

**Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji (faksymile) w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego.**

***Część B***

*Wypełnia osoba kierowana na usługę rozwojową*

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy uczestnik przed dniem złożenia dokumentów do Operatora został zakwalifikowany do udziału w innej usłudze rozwojowej w ramach systemu PSF w województwie śląskim jako pracownik Przedsiębiorcy składającego dokumenty rekrutacyjne albo innego Przedsiębiorcy** | ⬜ **TAK** ⬜ **NIE** |
| **Jeśli TAK wskazać Operatora PSF/Partnera Operatora PSF w województwie śląskim oraz nr usługi w BUR** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **B.1. STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | | | |
|  | | **TAK** | **NIE** | **ODMOWA PODANIA INFORMACJI** |
| **B.1.1.** | **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** |  |  |  |
| **B.1.2.** | **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** |  |  |  |
| **B.1.3.** | **Osoba z niepełnosprawnościami** |  |  |  |
| **B.1.4.** | **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **B.2. OŚWIADCZENIA** |

Świadoma(-y) odpowiedzialności za podanie fałszywych informacji oświadczam, że:

1. zapoznałem/-am się z Regulaminem naboru do projektu **„Operator wsparcia finansowego MŚP w województwie śląskim”** i akceptuję wszystkie jego zapisy i postanowienia,
2. posiadam profil Użytkownika w Bazie Usług Rozwojowych,
3. dane zawarte w Bazie Usług Rozwojowych zostały wprowadzone przeze mnie, są aktualne na dzień złożenia oświadczenia, kompletne oraz zgodne z prawdą.

Jednocześnie zobowiązuje się do uzupełnienia profilu w Bazie Usług Rozwojowych o dodatkowe dane wymagane w związku z uczestnictwem w projekcie, nie później niż do dnia rozpoczęcia udziału w pierwszej usłudze finansowanej w ramach PSF.

Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

………………………………………………..…..………………………………………

Data i podpis Uczestnika usługi/(prawnego opiekuna osoby małoletniej – jeśli dotyczy)

**UWAGA**

**Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji (faksymile) w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego.**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Operator wsparcia finansowego MŚP w województwie śląskim”** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem danych osobowych jest Województwo Śląskie z siedzibą przy ul. Ligonia 46, 40-037 Katowice, adres e-mail: [kancelaria@slaskie.pl](mailto:kancelaria@slaskie.pl), strona internetowa: bip.slaskie.pl; kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – e-mail: dane[osobowe@slaskie.pl](mailto:osobowe@slaskie.pl);
2. przesłanką umożliwiającą legalne przetwarzanie moich danych osobowych jest art. 6 ust. 1 pkt c) oraz art. 9 ust. 2 pkt g) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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, zwane dalej RODO);
3. dane osobowe będą przetwarzane w imieniu IZ RPO od dnia przekazania. Dane będą przetwarzane do dnia następującego po upływie 10 lat podatkowych od dnia przyznania pomocy publicznej tj. od dnia zawarcia umowy o dofinansowanie usług rozwojowych w ramach Podmiotowego Systemu Finansowania. W przypadku odrzucenia dokumentów rekrutacyjnych, okres ich przechowywana wynosi 5 lat od dnia zakończenia realizacji projektu, przy czym IZ może przedłużyć ten termin na dalszy czas oznaczony.
4. dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi projektu, w szczególności:
   1. udzielenia wsparcia;
   2. potwierdzenia kwalifikowalności wydatków;
   3. monitoringu;
   4. ewaluacji;
   5. badań i analiz;
   6. kontroli;
   7. audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje;
   8. sprawozdawczości;
   9. rozliczenia projektu;
   10. odzyskiwania wypłaconych operatorowi środków dofinansowania;
   11. zachowania trwałości projektu;
   12. archiwizacji;
5. dane osobowe będą przetwarzane przez:
6. Operatora – Agencję Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A. z siedzibą przy al. Najświętszej Maryi Panny 24, lok. 8, 42-202 Częstochowa, kontakt do Inspektora Danych Osobowych – e-mail: daneosobowe@arr.czestochowa.pl;
7. Instytucję Zarządzającą RPO WSL;
8. Instytucję Pośredniczącą – Wojewódzki Urząd Pracy w Katowicach z siedzibą w Katowicach, ul. Kościuszki 30; kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – e-mail: iod@wup-katowice.pl;
9. instytucje kontrolne upoważnione do przetwarzania danych osobowych na podstawie odrębnych przepisów prawa;
10. Instytucje dokonujące ewaluacji Programu, upoważnione do przetwarzania danych przez Administratora danych osobowych;
11. o powierzeniu danych osobowych do przetwarzania innym podmiotom Uczestnik projektu zostanie poinformowany w drodze pisemnej;
12. osoba kierowana na usługę rozwojową ma prawo żądać od Operatora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz ma prawo wnieść sprzeciw wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. Wymienione prawa będą traktowane w sposób określony w artykułach 13 do 19 Rozdziału III: „Prawa osoby, której dane dotyczą” RODO;
13. uczestnik projektu ma prawo do wniesienia skargi do Operatora, Instytucji Pośredniczącej, Instytucji Zarządzającej RPO WSL lub Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku podejrzenia naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych;
14. podanie danych osobowych jest dobrowolne, tym niemniej z uwagi na wymogi obowiązujących przepisów prawa jest konieczne dla objęcia wsparciem w ramach projektu;
15. podane dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym profilowaniu.

………………………………………………..…..………………………………………

Data i podpis Uczestnika usługi/ (prawnego opiekuna osoby małoletniej – jeśli dotyczy)

**UWAGA**

**Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji (faksymile) w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego.**

|  |
| --- |
| **B.3.ZAŁĄCZNIKI** |

**Załącznik nr 1:** Kopia zaświadczenia o niepełnosprawności (jeśli dotyczy) potwierdzona za zgodność z oryginałem:

* w przypadku osób niepełnosprawnych w rozumieniu *Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* będzie to:
  + - orzeczenie o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności określonych w art. 3 wspomnianej ustawy lub
    - orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów, lub
    - orzeczenie o niepełnosprawności, wydane przed ukończeniem 16 roku życia lub
* w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu *Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*:
  + - orzeczenie o niepełnosprawności lub
    - inny dokument wydany przez lekarza poświadczający stan zdrowia, taki jak orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia o stanie zdrowia.

1. Określonego w Regulaminie Bazy Usług Rozwojowych jako Użytkownik. [↑](#footnote-ref-2)
2. Operator obniża poziom dofinansowania usługi rozwojowej o 20 punktów procentowych, jeśli uczestnikiem usługi jest osoba będąca pracownikiem tego przedsiębiorcy zaangażowanym na podstawie umowy o dzieło. Obniżenie o 20 punktów procentowych poziomu dofinansowania usługi rozwojowej liczone jest od maksymalnego przysługującego dofinansowania. [↑](#footnote-ref-3)
3. Operator obniża poziom dofinansowania usługi rozwojowej o 20 punktów procentowych, jeśli uczestnikiem usługi jest osoba będąca pracownikiem tego przedsiębiorcy zatrudniona w okresie krótszym niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku o dofinansowanie w wersji papierowej. Obniżenie o 20 punktów procentowych poziomu dofinansowania usługi rozwojowej liczone jest od maksymalnego przysługującego dofinansowania. [↑](#footnote-ref-4)
4. W przypadku wyboru opcji „TAK’ wymagane jest zaświadczenie o niepełnosprawności. [↑](#footnote-ref-5)
5. Tj. zestawu efektów uczenia się w zakresie wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych, nabytych w edukacji formalnej, edukacji pozaformalnej lub poprzez uczenie się nieformalne, zgodnych z ustalonymi dla danej kwalifikacji wymaganiami, których osiągnięcie zostało sprawdzone w walidacji oraz formalnie potwierdzone przez uprawniony podmiot certyfikujący zgodnie z art. 2 pkt 8 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji. [↑](#footnote-ref-6)
6. W przypadku większej liczby usług rozwojowych pole A.4 należy powielić i wypełnić oddzielnie dla każdej usługi. [↑](#footnote-ref-7)