



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie w fazie wdrożeniowej - „Kompleksowy program wsparcia MSP działających w branży opiekuńczej – adaptacja modelu szwedzkiego dla pracowników 50+”

**FORMULARZ REKRUTACYJNY WRAZ Z DEKLARACJĄ UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**„Kompleksowy program wsparcia MSP działających w branży opiekuńczej**

**- adaptacja modelu szwedzkiego dla pracowników 50+”**

POWR.04.03.00-00-0040/20

FORMULARZ PROSIMY UZUPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZYĆ „X”

Data przyjęcia zgłoszenia (wypełnia pracownik QS ZURICH SP. Z O.O.) .....

Numer kolejny zgłoszenia (wypełnia pracownik QS ZURICH SP. Z O.O.) .....

Osoba przyjmująca zgłoszenie (wypełnia pracownik QS ZURICH SP. Z O.O.) .....

**Część I – Dane Przedsiębiorstwa MMŚP**

**1. DANE IDENTYFIKACYJNE PRZEDSIĘBIORSTWA**

<b>NAZWA PRZEDSIĘBIORSTWA</b> (pełna nazwa przedsiębiorstwa zgodna z dokumentem rejestrowym)	
<b>NIP</b>	
<b>REGON</b>	
<b>KRS (jeśli dotyczy)</b>	
<b>Branża działania MMŚP - PKD z obszaru (wybierz właściwe)</b>	<input type="checkbox"/> 87.30.Z - Pomoc społeczna z zakwaterowaniem dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> 87.10.Z - Pomoc społeczna z zakwaterowaniem zapewniająca opiekę pielęgniarską <input type="checkbox"/> 88.1 - Pomoc społeczna bez zakwaterowania dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> 86.90.E - Pozostała działalność w zakresie opieki zdrowotnej, gdzie indziej niesklasyfikowana <input type="checkbox"/> 86.90.C Praktyka pielęgniarek i położnych <input type="checkbox"/> 86.21Z Opieka lekarska ogólna <input type="checkbox"/> 86.22.Z Opieka lekarska specjalistyczna.



<b>OSOBY UPOWAŻNIONA DO REPREZENTOWANIA PRZEDSIĘBIORCY</b>	
--	--

## 2. DANE TELEADRESOWE PRZEDSIĘBIORSTWA

<b>WOJEWÓDZTWO</b>			
<b>POWIAT</b>		<b>GMINA</b>	
<b>MIEJSCOWOŚĆ</b>		<b>KOD POCZTOWY</b>	
<b>ULICA</b>			
<b>NUMER BUDYNKU</b>		<b>NUMER LOKALU</b>	
<b>OSOBA DO KONTAKTU</b>			
<b>STANOWISKO</b>			
<b>TELEFON KONTAKTOWY</b>			
<b>ADRES E-MAIL</b>			

### Część II – Dane osób zgłoszonych z MMŚP do udziału w testowaniu

#### 1. Minimum jedna osoba z kadry zarządzającej

L.p.	Imię i pierwsza litera nazwiska	Płeć	Osoba z niepełnosprawnościami	Przedstawiciel kadry zarządzającej
1.		<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2.		<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

#### 2. Minimum cztery osoby z pracowników powyżej 50 roku życia



L.p.	Imię i pierwsza litera nazwiska	Pracownik powyżej 50 roku życia	Płeć	Osoba z niepełnosprawnościami
1.		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2.		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3.		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4.		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5.		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6.		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
7.		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
8.		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
9.		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
10.		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

### Część III - DEKLARACJA UCZESTNICTWA

#### JA NIŻEJ PODPISANA/Y OŚWIADCZAM, ŻE:

- deklaruję, że instytucja którą reprezentuje wyraża wolę uczestnictwa w projekcie „Kompleksowy program wsparcia MŚP działających w branży opiekuńczej – adaptacja modelu szwedzkiego dla pracowników 50+” – faza wdrożeniowa.
- zapoznałem/am się z Regulaminem projektu „Kompleksowy program wsparcia MSP działających w branży opiekuńczej – adaptacja modelu szwedzkiego dla pracowników 50+”, akceptuję jego warunki oraz oświadczam, iż spełniam wszystkie wymagania formalne (regulamin jest dostępny na stronie projektu oraz w biurze projektu).
- zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
- zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej IV Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 4.3 Współpraca ponadnarodowa;
- posiadam status mikro, małego lub średniego przedsiębiorstwa;
- nie prowadzę działalności w sektorze wykluczonym z możliwości uzyskania pomocy de minimis (rozporządzenie 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 de minimis.);
- nie pozostaję pod zarządem komisarycznym;



- nie znajduję się w toku likwidacji, postępowania upadłościowego i postępowania naprawczego;
- wyrażam zgodę na udział w badaniu/ach monitoringowym/ch, które odbędą się w trakcie i/lub po zakończeniu udziału w projekcie;
- jestem świadomy, iż zgłoszenie się do udziału w Projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem przedsiębiorstwa;
- oświadczam, że pracownicy MŚP wytypowani do udziału są w wieku przedemerytalnym i emerytalnym.
- oświadczam, że pracownicy MŚP wytypowani do udziału pełnią funkcję opiekunów osób starszych i zobowiązują się do aktywnego uczestnictwa w Projekcie, tj. w spotkaniach coachingowych (9h) i w pełnym bloku szkoleniowym (16h) w trybie stacjonarnym (lub zdalnym) i e-learningu.
- zobowiązuje się do przekazania informacji na temat sytuacji swojej oraz pracowników przedsiębiorstwa, które reprezentuje po opuszczeniu Projektu.
- przyjmuję do wiadomości informację, o których mowa w art.24 ust.1 ustawy z dnia 29.08.1977 o ochronie danych osobowych (Dz.U.z 2014r. poz.1182, z późn.zm)
- zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
- oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa zgodnie z dokumentem rejestrowym)