



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



WOJEWÓDZKI URZĄD PRACY
w WARSZAWIE

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt „Płocka Szkoła Małej Przedsiębiorczości VII”
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji

Formularz Rekrutacyjny

do udziału w Projekcie pt:

„Płocka Szkoła Małej Przedsiębiorczości VII”

realizowanym przez Wojewódzki Urząd Pracy w Warszawie Filię w Płocku w ramach
Działania 6.2 *Wsparcie oraz promocja przedsiębiorczości i samozatrudnienia*
Priorytetu VI *Rynek pracy otwarty dla wszystkich*
Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki

Formularz Rekrutacyjny w wersji papierowej wraz z załącznikami należy dostarczyć do Biura Projektu, lub przesłać za pośrednictwem poczty do Beneficjenta (adres Wojewódzki Urząd Pracy w Warszawie – Filia w Płocku, ul. 1 Maja 7 b, 09-400 Płock z dopiskiem „Projekt Płocka Szkoła Małej Przedsiębiorczości VII”) w terminie wskazanym w ogłoszeniu o rekrutacji. Formularz jest dostępny w wersji papierowej w Biurze Projektu oraz w wersji elektronicznej do pobrania ze strony: www.wup.mazowsze.pl w zakładce Filia Płock.

NIE NALEŻY MODYFIKOWAĆ (usuwać, dodawać lub zmieniać) treści formularza (tekstu oraz rubryk) – **POD RYGOREM NIEWAŻNOŚCI**. Wymagane jest wypełnienie wszystkich wymaganych pól formularza w części I, z wyjątkiem pól wypełnionych kolorem szarym (jeśli pole nie może być wypełnione należy wpisać: **NIE DOTYCZY**).

Formularz w wersji elektronicznej należy wypełnić komputerowo, a następnie wydrukować. Formularz w wersji papierowej należy wypełnić odręcznie, w sposób czytelny, zaleca się wypełnienie **DRUKOWANYMI** literami. Formularz należy **PODPISAĆ** a każdą ze stron formularza należy **PARAFOWAĆ**.

Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.

INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ WNIOSEK	
<i>Numer Formularza Rekrutacyjnego:</i>	
<i>Data wpływu / nadania - Podpis osoby przyjmującej dokumenty</i>	

I. PODSTAWOWE INFORMACJE O KANDYDACIE/KANDYDATCE NA UCZESTNIKA PROJEKTU

1. DANE PERSONALNE													
Kobieta	<input type="checkbox"/>	Mężczyzna	<input type="checkbox"/>										
1.1 Imię /Imiona													
1.2 Nazwisko													
1.3 Obywatelstwo													
1.4 Data urodzenia				miejsce urodzenia									
1.5 Stan cywilny													
1.6 Seria i nr dowodu osobistego (lub innego dokumentu – w przypadku obcokrajowców)													
1.7 Dowód osobisty wydany przez:													
1.8 PESEL													
1.9 NIP (jeśli posiada)					-					-			
1.10 Miejsce i adres zamieszkania													
Miejscowość													
Ulica													
Nr domu				Nr lokalu									
Kod pocztowy				Poczta									
Gmina/miasto													
Powiat													
Województwo													
Wskazane miejsce zamieszkania potwierdzone: (należy wybrać jedną formę zameldowania)	zameldowaniem na pobyt stały			<input type="checkbox"/> od dnia.....									
	zameldowaniem na pobyt czasowy			<input type="checkbox"/> od dnia.....do dnia.....									

1.11 Dodatkowe dane kontaktowe		
Numer telefonu stacjonarnego (wraz z numerem kierunkowym)		
Numer telefonu komórkowego		
Adres poczty elektronicznej do kontaktu (e-mail)		
1.12 Opieka nad osobą:	zależną <input type="checkbox"/> <i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i>	dzieckiem do lat 7 <input type="checkbox"/> <i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i>
2. WYKSZTAŁCENIE KANDYDATA/KANDYDATKI		
2.1 Poziom wykształcenia (proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu)	<input type="checkbox"/> <i>wyższe</i> <i>(podać jakie – kierunek i stopień)</i> <input type="checkbox"/> <i>pomaturalne</i> <i>(podać jakie – kierunek)</i> <input type="checkbox"/> <i>ponadgimnazjalne</i> <i>(podać jakie)</i> <input type="checkbox"/> <i>gimnazjalne</i> <input type="checkbox"/> <i>podstawowe</i> <input type="checkbox"/> <i>inne</i>	
3. INFORMACJE DODATKOWE O KANDYDACIE/KANDYDATCE		
3.1 Posiadanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> <i>tak</i> <i>Stopień</i> <i>Rodzaj niepełnosprawności</i> <i>Orzeczenie wydane</i> <i>od dnia</i> <i>do dnia</i>	<input type="checkbox"/> <i>nie</i>

4. STATUS KANDYDATA/KANDYDATKI W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
<p>4.1 Przynależność do grupy docelowej (proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu – może być kilka). Proszę zaznaczyć adres zameldowania w gminie lub mieście zgodnie z definicją Głównego Urzędu Statystycznego, która opiera się na podziale jednostek administracyjnych zastosowanym w rejestrze terytorialnym.</p>	<p>Osoba fizyczna zamierzająca rozpocząć własną działalność gospodarczą w obszarach niezwiązanych z produkcją roślinną i/lub zwierzęcą, w tym:</p> <p><input type="checkbox"/> osoba poniżej 25 roku życia,</p> <p><input type="checkbox"/> osoba po 45 roku życia,</p> <p><input type="checkbox"/> osoba zamieszkująca w gminie wiejskiej, miejsko-wiejskiej lub w mieście do 25 tys. mieszkańców</p> <p><input type="checkbox"/> osoba zamieszkująca w mieście powyżej 25 tys. mieszkańców,</p> <p><input type="checkbox"/> osoba niepełnosprawna,</p> <p><input type="checkbox"/> osoba zwolniona z przyczyn zakładu pracy i pozostająca bez zatrudnienia przez minimum 3 miesiące od momentu zwolnienia do dnia przystąpienia do Projektu,</p> <p><input type="checkbox"/> kobieta powracająca na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem i wychowaniem dzieci,</p> <p><input type="checkbox"/> kobieta wchodząca po raz pierwszy na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem i wychowaniem dzieci,</p> <p><input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna (oznacza to osobę pozostającą w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych).</p>
<p>4.2 Status na rynku pracy (proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu)</p>	<p><input type="checkbox"/> osoba bezrobotna (oznacza to osobę bezrobotną w rozumieniu Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku prac (Dz. U. Nr 99 z 2004 r., poz. 1001, z późn. zm.), zarejestrowaną w powiatowym urzędzie pracy. Proszę podać okres pozostawania osobą bezrobotną.....</p> <p><input type="checkbox"/> osoba nieaktywna zawodowo (osoba pozostająca bez zatrudnienia, która jednocześnie nie zalicza się do kategorii osób bezrobotnych), <input type="checkbox"/> w tym osoba ucząca się lub kształcąca</p> <p><input type="checkbox"/> osoba poszukująca pracy (osoba zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy jako poszukująca pracy),</p> <p><input type="checkbox"/> osoba zatrudniona w rozumieniu Kodeksu Pracy,</p> <p><input type="checkbox"/> osoba zatrudniona w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na podstawie umów cywilno-prawnych,</p> <p><input type="checkbox"/> rolnik (właściciel lub współwłaściciel gospodarstwa rolnego ubezpieczony w KRUS zgodnie z ustawą o ubezpieczeniu społecznym rolników – Dz. U. 1991 Nr 7 poz. 24 z późn zm.),</p> <p><input type="checkbox"/> domownik (osoba pozostająca z rolnikiem we wspólnym gospodarstwie domowym, ubezpieczona w KRUS zgodnie z ustawą o ubezpieczeniu społecznym rolników – Dz. U. 1991 Nr 7 poz. 24 z późn. zm.),</p> <p><input type="checkbox"/> inny (jaki? np. student, uczeń lub osoba otrzymująca świadczenia finansowe np. rencista)</p>

5. INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY ZATRUDNIONEJ (jeżeli dotyczy)	
5.1 Rodzaj pracodawcy	<input type="checkbox"/> administracja publiczna <input type="checkbox"/> duże przedsiębiorstwo <i>(zatrudniające 250 i więcej pracowników)</i> <input type="checkbox"/> średnie przedsiębiorstwo <i>(zatrudniające od 50 do 249 pracowników)</i> <input type="checkbox"/> małe przedsiębiorstwo <i>(zatrudniające od 10 do 49 pracowników)</i> <input type="checkbox"/> mikroprzedsiębiorstwo <i>(zatrudniające od 2 do 9 pracowników)</i> <input type="checkbox"/> organizacja pozarządowa <input type="checkbox"/> rolnik <i>(właściciel lub współwłaściciel gospodarstwa rolnego ubezpieczony w KRUS zgodnie z ustawą o ubezpieczeniu społecznym rolników – Dz. U. 1991 Nr 7 poz. 24 z późn. zm.),</i> <input type="checkbox"/> domownik <i>(osoba pozostająca z rolnikiem we wspólnym gospodarstwie domowym, ubezpieczona w KRUS zgodnie z ustawą o ubezpieczeniu społecznym rolników – Dz. U. 1991 Nr 7 poz. 24 z późn. zm.),</i> <input type="checkbox"/> zawód wykonywany/zajmowane stanowisko <input type="checkbox"/> okres zatrudnienia u aktualnego pracodawcy <input type="checkbox"/> data zakończenia zatrudnienia
6. Uzyskane dotacje na podjęcie działalności gospodarczej	
<input type="checkbox"/> <i>dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
Jeśli „nie dotyczy” proszę przejść do Rozdziału II	
Jeśli „dotyczy”:	
6.1 Proszę podać okres ‘od – do’ zarejestrowania działalności gospodarczej.	od/...../..... do...../...../..... (dd/mm/rrrr) (dd/mm/rrrr)
6.2 Data otrzymania środków finansowych/...../..... (dd/mm/rrrr)
6.3 Kwota otrzymanych środków finansowych (PLN)	
6.4 Źródło finansowania	
6.5 Instytucja przyznająca środki finansowe	

II. DOTYCHCZASOWA WIEDZA DOŚWIADCZENIE, KWALIFIKACJE, UMIĘTNOŚCI ORAZ POTENCJAŁ DO WYKORZYSTANIA W PROWADZENIU DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ.

2.1 Proszę opisać (max. 2 strony):

- a) posiadane wykształcenie i kwalifikacje, odbyte kursy, szkolenia,
- b) posiadane doświadczenie zawodowe odbyte staże, praktyki i doświadczenie biznesowe – rodzaj, charakter i okres zdobytego doświadczenia

(do Formularza Rekrutacyjnego można załączyć dokumenty potwierdzające wymienione poniżej dotychczasowe doświadczenie, kwalifikacje i umiejętności).

III. OPIS PLANOWANEGO PRZEDSIĘWZIĘCIA.

3.1 Krótki opis planowanego przedsięwzięcia .

3.1.1 Miejsce/siedziba wykonywania planowanej działalności gospodarczej.

3.1.2 Planowana forma prawna działalności gospodarczej.

indywidualnie, jako osoba fizyczna, w formie spółki cywilnej,

inna (jaka?).....

3.1.3 Sektor planowanej działalności gospodarczej.

usługi produkcja handel

3.1.4 Branża planowanej działalności (należy opisać branżę związaną z rodzajem planowanej działalności i jeśli to możliwe podać główny numer PKD planowanej działalności gospodarczej).

3.1.5 Proszę wskazać i opisać działalność główną i poboczną (jeżeli występuje)

3.1.6 Obszar działania planowanej działalności gospodarczej (miejscowość, gmina, powiat lub województwo).

3.1.7 Proszę opisać produkt (towar, usługę, wyrób) oraz oczekiwania klientów w tym zakresie.

3.1.8 Charakterystyka dostawców towarów i surowców wykorzystywanych w planowanej działalności.

3.1.9 Charakterystyka potencjalnych odbiorców towaru/usług/wyrobów oferowanych przez Panią/Pana przedsiębiorstwo.

3.1.10 Uprawnienia, pozwolenia i licencje wymagane do prowadzenia planowanej działalności gospodarczej.

3.1.11 Wnioskowana kwota dofinansowania

.....(słownie:)

3.2 KONKURENCYJNOŚĆ RYNKOWA PLANOWANEGO PRZEDSIĘWZIĘCIA

3.2.1 Charakterystyka konkurencji. Proszę opisać i wymienić z nazwy o ile to możliwe, czy w Pana/Pani branży istnieje bezpośrednia konkurencja, jakie są przewagi konkurencji oraz jaką ma Pan/Pani wiedzę na jej temat?

3.2.2. Proszę wymienić i opisać kluczowe czynniki, które pozwolą Pani/Panu skutecznie konkurować z innymi firmami w tej branży na rynku. Proszę opisać również sposób radzenia sobie z ewentualnymi zagrożeniami dla funkcjonowania przedsięwzięcia.

**3.3 PLANOWANE WYDATKI ZWIĄZANE Z URUCHOMIENIEM PLANOWANEJ
DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ (max. 2 strony)**

3.3.1 Proszę określić planowane wydatki związane z uruchomieniem własnej działalności gospodarczej, ze wskazaniem całkowitych kosztów inwestycji w tym:

- kosztów inwestycji pokrytych z jednorazowej dotacji inwestycyjnej
- kosztów inwestycji pokrytych z własnych środków

3.3.2. Proszę wymienić posiadane zasoby, które przewidywane są do wniesienia i wykorzystania w planowanej działalności (np. działka, budynki, lokal własny, środki trwałe, środki transportu itp.).

3.4 Czy założy Pani/Pan działalność gospodarczą ze środków własnych w sytuacji nie otrzymania dotacji w ramach Projektu? Jeżeli tak to w jakiej branży i w jakim zakresie oraz skąd będzie Pan/Pani miał/miała na to pieniądze?

tak

Branża:

Zakres inwestycji:

Źródła finansowania:

nie

Pouczenie:

Podanie przez Kandydata/ki do projektu nieprawdziwych informacji/niepoinformowanie Beneficjenta o ich zmianie, upoważnia Wojewódzki Urząd Pracy w Warszawie Filię w Płocku do skreślenia z listy uczestników/uczestniczek projektu/przerwania procesu rekrutacji w odniesieniu do takiego uczestnika/uczestniczki/kandydata/kandydatki.

Oświadczam, że informacje podane w Formularzu Rekrutacyjnym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Ponadto zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Beneficjenta w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych i oświadczeń w dokumentach rekrutacyjnych.

.....

(Miejscowość, data)

.....

(Czytelny podpis kandydata/kandydatki)