**Wstępny formularz rekrutacyjny B**

w ramach

**Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014 - 2020**

**Oś Priorytetowa 6**

RYNEK PRACY

**Działanie 6.5**

Doskonalenie kompetencji osób pracujących i wsparcie procesów adaptacyjnych

Projekt „Z pracy do pracy” (nazwa projektu) współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez Fundację Inicjowania Rozwoju Społecznego (nazwa Beneficjenta), na podstawie Umowy nr RPWP.06.05.00-30-0041/18-00 zawartej z Zarządem Województwa Wielkopolskiego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014–2020.

|  |
| --- |
| Data wpływu Formularza do biura projektu ................... podpis ....................  Numer ewidencyjny ……………………………………… (wypełnia Beneficjent) |

I. Dane potencjalnego uczestnika projektu

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię** |  | | | | | | | | | | | **Telefon kontaktowy** |  | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | | | | | | | | | | **Adres e-mail** |  | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **NIP** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Adres zamieszkania[[1]](#footnote-1):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ulica** |  | | | | | | | | | | | **Nr budynku**  **Nr lokalu** |  | | | | | | | | | |
| **Kod pocztowy** |  | | | | | | | | | | | **Gmina** |  | | | | | | | | | |
| **Powiat** |  | | | | | | | | | | | **Województwo** |  | | | | | | | | | |
| **Miejscowość** |  | | | | | | | | | | |

Wykształcenie (zaznaczyć właściwe)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Niższe niż podstawowe – ISCED O** |  | **Ponadgimnazjalne – ISCED 3** |  |
| **Podstawowe – ISCED 1** |  | **Policealne – ISCED 4** |  |
| **Gimnazjalne - ISCED 2** |  | **Wyższe – ISCED 5-8** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Status potencjalnego uczestnika projektu** | **TAK** | **NIE** | **Odmowa podania informacji** |
| 1. Jestem osobą należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia |  |  |  |
| 2. Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  |  |  |
| 3. Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej, tj. z wykształceniem na poziomie ISCED 0, byłym więźniem, narkomanem, osobą bezdomną lub wykluczoną z dostępu do mieszkań, osobą z obszarów wiejskich) |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** | **□ tak □ Odmowa podania informacji**  **□ nie** |

II. Aktualny status potencjalnego uczestnika projektu

Oświadczam, że (zaznaczyć „x”):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Jestem osobą zwolnioną z pracy[[2]](#footnote-2) z przyczyn niedotyczących pracownika w wyniku procesów restrukturyzacyjnych, adaptacyjnych i modernizacyjnych  (jeśli zaznaczono tak, do formularza należy dołączyć świadectwo pracy).  Jestem osobą zwolnioną z pracy z przyczyn niedotyczących pracownika w wyniku procesów restrukturyzacyjnych, adaptacyjnych i modernizacyjnych,  z którą pracodawca nie przedłużył umowy o pracę na czas określony/ cywilnoprawnej  (jeśli tak, należy uzupełnić załącznik nr 3) | **□ tak**  **□ nie** |
| 2 | Jestem pracownikiem zagrożonym zwolnieniem z pracy[[3]](#footnote-3) z przyczyn niedotyczących pracownika w wyniku procesów restrukturyzacyjnych, adaptacyjnych i modernizacyjnych  (jeśli zaznaczono tak, do formularza należy dołączyć załącznik nr 1) | **□ tak**  **□ nie** |
| 3 | Jestem pracownikiem przewidzianym do zwolnienia z pracy[[4]](#footnote-4) z przyczyn niedotyczących pracownika w wyniku procesów restrukturyzacyjnych, adaptacyjnych i modernizacyjnych  (jeśli zaznaczono tak, do formularza należy dołączyć załącznik nr 2) | **□ tak**  **□ nie** |
| 4 | Jestem osobą odchodzącą z rolnictwa[[5]](#footnote-5) | **□ tak**  **□ nie** |
| 5 | Ponadto należę do poniższej grupy | **□ tak**  **□ nie** |
|  | * osoby z obszaru miast i innych obszarów tracących dotychczasowe funkcje społeczno-gospodarcze (zgodnie z regionalnymi Obszarami Strategicznej Interwencji – OSI)[[6]](#footnote-6) | **□ tak**  **□ nie** |

III. Krótki opis planowanej działalności gospodarczej:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. |  | Opis | | | | |
| 1. | a) Proszę określić przedmiot, sektor, branżę planowanej działalności *(należy wskazać, czy planowana działalność gospodarcza prowadzona będzie w branżach zidentyfikowanych jako branże o największym potencjale rozwojowym i/lub branżach strategicznych dla danego regionu -w ramach smart specialisation);* |  | | | | |
| PKD planowanej działalności |  | | | | |
| Branża (należy zaznaczyć właściwe lub uzupełnić) | SMART SPECIALISATION | | INNA ………………………. | | |
| b) na czym polegać będą wykonywane przez Pana/ią obowiązki? |  | | | | |
| c) kim będą Pana/i klienci? |  | | | | |
| d) w jaki sposób będzie Pan/i pozyskiwać klientów? |  | | | | |
| e) jaki będzie obszar Pana/i działalności (osiedle/ miejscowość/powiat/szerszy obszar)? |  | | | | |
| 2. | Kim jest Pana/i konkurencja w odniesieniu do obszaru prowadzonej działalności? |  | | | | |
| Jakie produkty/usługi oferuje Pana/i konkurencja? |  | | | | |
| Czym zamierza się Pan/i wyróżnić na tle oferty konkurencji? |  | | | | |
| 3. | Jakie są silne strony Pana/i działalności gospodarczej – proszę wymienić 3. |  | | | | |
| Jakie są słabe strony Pana/i działalności gospodarczej – proszę wymienić 3. |  | | | | |
| Co może wpłynąć na szanse powodzenia Pana/i działalności gospodarczej? |  | | | | |
| Jakie przewiduje Pana/i zagrożenia dla prowadzonej działalności gospodarczej? |  | | | | |
| 4. | Jaki jest przewidywany koszt uruchomienia Pana/i działalności gospodarczej. Proszę podać kwotę. |  | | | | |
| Jaką kwotę chciałaby Pana/i otrzymać w ramach projektu „Z pracy do pracy”? |  | | | | |
| Na jakie zakupy zamierza Pan/i przeznaczyć kwotę otrzymaną w ramach projektu „Z pracy do pracy”?  (otrzymanych środków nie można przeznaczyć na reklamę i promocję)  Należy wskazać nazwę sprzętu, marka, model. | Rodzaj/nazwa zakupu | Cena netto | | Stawka VAT | Cena brutto |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| 5. | Jeżeli koszt uruchomienia działalności jest wyższy niż kwota, którą Pan/i chciałaby otrzymać w ramach projektu „Z pracy do pracy”, z czego zamierza Pan/i finansować pozostałą część wydatków? |  | | | | |
| Jak zamierza Pan/i rozwijać swoją działalność gospodarczą? |  | | | | |
| Gdzie zamierza Pan/i wykonywać swoją działalność?  (własny lokal; wynajmowane pomieszczenie – jakie, gdzie; inne) |  | | | | |
| Czy posiada Pan/i własne sprzęty/maszyny/środki transportu/licencje (inne – jakie?), które zamierza Pan/i wykorzystywać w prowadzonej działalności? |  | | | | |
| 6. | Jakie kwalifikacje posiada Pan/i do prowadzenia planowanej działalności? *(wykształcenie, doświadczenie, umiejętności, wiedza)* | 1. Wykształcenie: | | | | |
|  | | | | |
| 1. Doświadczenie oraz kwalifikacje | | | | |
|  | | | | |

IV. Oświadczenia.

oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020 – Marszałek Województwa Wielkopolskiego mający siedzibę przy al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań. Natomiast w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.

2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych mogę skontaktować się z Inspektorem ochrony danych osobowych:

- w ramach zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 – 2014-2020: Departament Organizacyjny i Kadr, Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań, e-mail: inspektor.ochrony@umww.pl,

- w ramach zbioru Centralny system teleinformatyczny: Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, ul. Wspólna 2/4,00-926 Warszawa, e-mail: iod@miir.gov.pl.

3. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

4. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g

Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 na podstawie:

1) w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020:

a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.);

b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.);

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);

2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:

a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.);

b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.);

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);

d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między Beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str.1).

5. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu (nr Projektu) RPWP.06.05.00-30-0041/18, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych oraz w celu archiwizacji w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+).

6. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej - Zarząd Województwa Wielkopolskiego, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań (nazwa i adres właściwej Instytucji Zarządzającej), Beneficjentowi realizującemu Projekt – Fundacja Dar Edukacji, ul. Mjr. Sucharskiego 3, 91-744 Łódź (nazwa i adres Beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu – partner projektu: Fundacja Inicjowania Rozwoju Społecznego, ul. Hoża 1, 60-591 Poznań (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach WRPO 2014+.

7. Podanie danych jest warunkiem koniecznym do otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.

8. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.

9. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.

10. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.

11. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

12. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

13. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**Ponadto:**

1. Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.
2. Oświadczam, że nie korzystam równolegle z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy, PFRON oraz środków przyznawanych w ramach PO WER, PROW 2014-2020 i WRPO 2014+, przeznaczonych na pokrycie tych samych wydatków związanych z podjęciem oraz prowadzeniem działalności gospodarczej.
3. Oświadczam, że w przypadku rozpoczęcia przeze mnie działalności gospodarczej będzie ona prowadzona na terenie województwa wielkopolskiego.
4. Oświadczam, że nie pozostaję w stosunku pracy lub innym (w tym w ramach umów cywilnoprawnych) z Beneficjentem (Projektodawcą) oraz nie łączy mnie i nie łączył z Beneficjentem lub jego pracownikiem uczestniczącym w procesie rekrutacji i oceny biznesplanów: związek małżeński, stosunek pokrewieństwa i powinowactwa lub związek z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli.
5. Oświadczam, że nie zostałem/-am ukarany/-a karą zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (dalej „ufp”) (Dz. U. z 2017 r., poz. 2077). Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Beneficjenta o zakazach dostępu do środków o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ufp orzeczonych w stosunku do mnie w okresie realizacji projektu.
6. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji uczestników i akceptuję jego warunki.
7. Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i Wstępnym Formularzu rekrutacyjnym jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie.
8. Oświadczam, że po rozpoczęciu działalności gospodarczej **zamierzam/nie zamierzam** zarejestrować się jako płatnik podatku VAT;
9. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
10. Oświadczam, że (proszę zaznaczyć właściwe):

**□** w ciągu bieżącego roku budżetowego oraz dwóch poprzedzających go lat budżetowych, nie otrzymałem/-am pomocy de minimis lub

**□** w ciągu bieżącego roku budżetowego oraz dwóch poprzedzających go lat budżetowych, otrzymałem/-am pomoc de minimis w wysokości ………………………………[[7]](#footnote-7)

1. Oświadczam, że zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

……………………………………………

data i czytelny podpis

Oświadczam, iż podane przeze mnie dane osobowe są prawdziwe i aktualne.

……………………………………………

data i czytelny podpis

V. Ocena kwalifikowalności uczestnictwa w Projekcie (wypełnia Beneficjent)

|  |
| --- |
| Kandydat **spełnia/nie spełnia**[[8]](#footnote-8) wstępne kryteria uczestnictwa w Projekcie (wypełnia Beneficjent)  Data oraz czytelny podpis osoby weryfikującej formularz rekrutacyjny  ………………………………………………………………………………………………………………………….. |

Załącznik nr 1

……………….….…………………….....

miejscowość, data

………………………………………………….

pieczęć zakładu pracy

ZAŚWIADCZENIE ZAKŁADU PRACY DLA PRACOWNIKA ZAGROŻONEGO ZWOLNIENIEM

……………………………………………………………………….………...…………………… (nazwa zakładu pracy) jako mikro / małe / średnie / duże (zaznaczyć właściwe) przedsiębiorstwo zaświadcza, że Pan/Pani

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

jest zatrudniony/a na podstawie:

**□** stosunku pracy

**□** stosunku służbowego

**□** umowy cywilnoprawnej

do dnia ………………..………….. r.

Jednocześnie ………………………………………………..………………… (nazwa zakładu pracy) zaświadcza, że w terminie od ............................................... do ............................................... dokonał/dokonuje\* rozwiązania stosunku pracy i/lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracownika, zgodnie z (zaznaczyć właściwe):

**□** ustawą z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz. U. z 2015 r. poz. 192),

**□** przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 roku (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn.), – Kodeks Pracy w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników, albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych.

Jednocześnie ………………………………………………..………………… (nazwa zakładu pracy) zaświadcza, że przyczyna dotycząca rozwiązania lub nieprzedłużenia powyższego zatrudnienia nie leży/leżała po stronie ww. pracownika i związana była z sytuacją zakładu pracy, który jest (zaznaczyć właściwe) :

**□** przedsiębiorstwem z sektora małych i średnich przedsiębiorstw

**□** przedsiębiorstwem przechodzącym procesy restrukturyzacyjne

**□** przedsiębiorstwem odczuwającym negatywne skutki zmiany gospodarczej

**□** przedsiębiorstwem znajdującym się w sytuacji kryzysowej

…………………………………………………

podpis osoby/osób uprawnionych do reprezentowania zakładu pracy

Zaświadczenie wydaje się na prośbę pracownika dla potrzeb rekrutacji/uczestnictwa w projekcie „Z pracy do pracy” realizowanym przez Fundację Dar Edukacji.

Załącznik nr 2

……………….….…………………….....

miejscowość, data

………………………………………………….

pieczęć zakładu pracy

ZAŚWIADCZENIE ZAKŁADU PRACY DLA PRACOWNIKA PRZEWIDZIANEGO DO ZWOLNIENIA

……………………………………………………………………….………...…………………… (nazwa zakładu pracy)

jako mikro / małe / średnie / duże (zaznaczyć właściwe) przedsiębiorstwo zaświadcza, że Pan/Pani

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

**□** jest

**□** był/a

zatrudniony/a na podstawie:

**□** stosunku pracy

**□** stosunku służbowego

**□** umowy cywilnoprawnej

do dnia ………………..………….. r.

Jednocześnie ………………………………………………..………………… (nazwa zakładu pracy) zaświadcza, że przyczyna dotycząca rozwiązania lub nieprzedłużenia powyższego zatrudnienia nie leży/leżała po stronie ww. pracownika i związana była z sytuacją zakładu pracy, który jest (zaznaczyć właściwe) :

**□** przedsiębiorstwem przechodzącym procesy restrukturyzacyjne

**□** przedsiębiorstwem odczuwającym negatywne skutki zmiany gospodarczej

**□** przedsiębiorstwem znajdującym się w sytuacji kryzysowej

…………………………………………………

podpis osoby/osób uprawnionych do reprezentowania zakładu pracy

Zaświadczenie wydaje się na prośbę pracownika dla potrzeb rekrutacji/uczestnictwa w projekcie „Z pracy do pracy” realizowanym przez Fundację Dar Edukacji.

Załącznik nr 3

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

(dotyczy osób zwolnionych, z którymi pracodawca nie przedłużył   
umowy o pracę na czas określony/ cywilnoprawnej)

Oświadczam, iż Pan/Pani …………………………………………………………,

(imię i nazwisko pracownika)

nr PESEL pracownika: ………………………… był/a osobą zatrudnioną w firmie: …………………………………………………………………………………………………..

(nazwa pracodawcy)

o numerze NIP: ……………………………… w okresie: ………………………………….

(nr NIP pracodawcy)

Niniejszym oświadczam, iż w wyniku procesów restrukturyzacyjnych, adaptacyjnych   
i modernizacyjnych zakładu pracy nie została przedłużona umowa o pracę zawarta na czas określony/ cywilnoprawna z ww. pracownikiem.

……………………… ……………………………….

Pieczęć pracodawcy data i podpis

1. Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. Adres ten powinien umożliwić kontakt w przypadku zakwalifikowania do projektu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Osoba pozostająca bez zatrudnienia, która utraciła pracę z przyczyn niedotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu i nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną. [↑](#footnote-ref-2)
3. Pracownik zatrudniony u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie tego pracownika do projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz. U. z 2016 r., poz. 1474 z późn. zm.) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U z 2018 r. poz. 917, z późn. zm.), w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych. Pracownik ten nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną. [↑](#footnote-ref-3)
4. pracownik, który znajduje się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracownika lub który został poinformowany przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego i nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną. [↑](#footnote-ref-4)
5. osoba podlegająca ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu na podstawie ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2017 r. poz. 2336, z późn. zm.) (KRUS) z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego lub pracy w gospodarstwie rolnym, zamierzająca podjąć zatrudnienie lub inną działalność pozarolniczą, objętą obowiązkiem ubezpieczenia społecznego na podstawie ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.) (ZUS); [↑](#footnote-ref-5)
6. Wykaz gmin wchodzących w skład regionalnego obszaru strategicznej interwencji (OSI): Miasta i inne obszary tracące dotychczasowe funkcje społeczno-gospodarcze: Babiak, Brudzew, Chodów, Dąbie, Dobra, Golina, Grodziec, Grzegorzew, Kawęczyn, Kazimierz Biskupi, Kleczew, Kłodawa, Koło, Konin, Kościelec, Kramsk, Krzymów, Malanów, Olszówka, Osiek Mały, Przedecz, Przykona, Rychwał, Rzgów, Skulsk, Sompolno, Stare Miasto, Ślesin, Tuliszków, Turek, Wierzbinek, Wilczyn, Władysławów. [↑](#footnote-ref-6)
7. Należy załączyć zaświadczenia o otrzymanej pomocy de minimis. [↑](#footnote-ref-7)
8. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-8)