***Załącznik 4 do Regulaminu***

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY WŁAŚCICIELA/PRACOWNIKA**

**ORAZ OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

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

**DANE PRZEDSIĘBIORSTWA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA**  **PRZEDSIĘBIORSTWA** |  |
| **NIP** |  |

**DANE UCZESTNIKA USŁUGI ROZWOJOWEJ/WŁAŚCICIELA/PRACOWNIKA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Status Uczestnika** | **Właściciel MŚP**  **Pracownik MŚP zatrudniony na stanowisku kierowniczym,**  **Pracownik MŚP objęty planami związanymi z awansem tj. osoba planowana do objęcia stanowiska kierowniczego** | | | |
| **Forma zaangażowania Właściciela/**  **Pracownika** | pracownik w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.);  osoba wykonująca pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia albo umowy o dzieło, jeżeli umowę taką zawarła z pracodawcą, z którym pozostaje w stosunku pracy, lub jeżeli w ramach takiej umowy wykonuje pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostaje w stosunku pracy;  właściciel pełniący funkcję kierownicze;  wspólnik, w tym partner prowadzący regularną działalność w przedsiębiorstwie i czerpiący z niego korzyści finansowe. | | | |
| Imię |  | | | |
| Nazwisko |  | | | |
| PESEL | **\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | Brak nr PESEL | wiek w chwili przystąpienia  do projektu:  **\_ \_** | |
| Płeć | Kobieta | Mężczyzna | | |
| E-mail |  | | | |
| Telefon |  | | | |
| Adres zamieszkania | Województwo |  | | |
| Powiat |  | | |
| Gmina |  | | |
| Miejscowość |  | | |
| Kod pocztowy |  | | |
| Ulica |  | | |
| Numer domu |  | | |
| Numer lokalu |  | | |
| Wykształcenie | BRAK (brak formalnego wykształcenia)  PODSTAWOWE (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)  GIMNAZJALNE (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)  PONADGIMNAZJALNE (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)  POLICEALNE (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)  WYŻSZE (pełne i zakończone wykształcenie na poziomie wyższym) | | | |
| Wykonywany zawód | instruktor praktycznej nauki zawodu  nauczyciel kształcenia ogólnego  nauczyciel wychowania przedszkolnego  nauczyciel kształcenia zawodowego  pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia  kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej  pracownik instytucji rynku pracy  pracownik szkolnictwa wyższego  pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej  pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej  pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej  inne | | | |
| Osoba pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie (MŚP) | TAK | NIE | | |
| Osoba prowadząca działalność na własny rachunek | TAK | NIE | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | TAK | NIE | | Odmowa podania informacji |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | TAK | NIE | | |
| Osoba z niepełnosprawnościami | TAK | NIE | | Odmowa podania informacji |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | TAK | NIE | | Odmowa podania informacji |

**OŚWIADCZENIA**

Świadoma(-y) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań **oświadczam, że:**

1. *nie byłam(-em)* karana(-y) za przestępstwo skarbowe oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych;
2. *nie byłam(-em)* karana(-y) 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 (Dz. U. 2013 r., poz. 885);
3. *zostałem(-am) poinformowany(-a),* że Projekt „SOL Akademia Menadżera MŚP” został opracowany w Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości oraz że realizacja projektu została sfinansowana przez Unię Europejską z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój;
4. *zapoznałem/-am* się z Regulaminem przyznawania wsparcia w Projekcie „SOL Akademia Menadżera MŚP”;
5. spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie.

………………………………………………… …………………………………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis właściciela/pracownika