

**Załącznik 1 do Regulaminu uczestnictwa w ścieżce dotacyjnej projektu „Rozpocznij działanie!”**  
Wzór Formularza rekrutacyjnego

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**  
do projektu „Rozpocznij działanie!”

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020

Oś priorytetowa: RPWM.10.00.00 Regionalny rynek pracy

Działanie: RPWM.10.05.00 Wsparcie pracowników i osób zwolnionych poprzez działania outplacementowe

Wypełnia W-M ZDZ

Numer identyfikacyjny formularza	
Data i godzina złożenia dokumentów rekrutacyjnych	

**Instrukcja wypełniania formularza rekrutacyjnego**

1. Formularz musi być wypełniony czytelnie (elektronicznie lub odręcznie).
2. Formularz musi być kompletny, tj.:
  - a. musi zawierać wszystkie strony,
  - b. każde pole formularza musi być wypełnione,
  - c. formularz musi być podpisany i parafowany na każdej stronie, która nie jest opatrzona podpisem.
3. W przypadku niemożliwości wypełnienia rubryki wskutek np. nieposiadania adresu e-mail, należy wpisać „brak”.
4. Kopie załączonych dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Kandydata poprzez:
  - a. opatrzenie każdej strony kopii dokumentów klauzulą „Za zgodność z oryginałem ” lub
  - b. opatrzenie pierwszej strony klauzulą „Za zgodność z oryginałem od strony ...do strony...” wówczas strony należy ponumerować.

Po wybraniu jednej z wyżej wymienionych klauzul Kandydat wpisuje aktualną datę oraz składa własnoręczny podpis.

A. INFORMACJE OGÓLNE			
Nazwisko i imię (imiona)			
PESEL			
Poziom wykształcenia (właściwie zaznacz znakiem X)	<p><b>Uwaga!</b> Kandydat zobowiązany jest przedstawić kopię dokumentu potwierdzającego deklarowany poziom wykształcenia.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe  <input type="checkbox"/> podstawowe  <input type="checkbox"/> gimnazjalne         </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne  <input type="checkbox"/> policealne  <input type="checkbox"/> wyższe         </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe		
Adres zamieszkania: (ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość, powiat, gmina)			
Telefon			
Adres e-mail			
Status na rynku pracy (właściwie zaznacz znakiem X)	<p><b>Uwaga!</b> Kandydat zobowiązany jest przedstawić dokumenty potwierdzające deklarowany status na rynku pracy.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>osoba niepracująca, zwolniona z pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu</b>, w tym osoba:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>bezrobotna</b> - tj. osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, w tym             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> zarejestrowana w Urzędzie Pracy</li> <li><input type="checkbox"/> niezarejestrowana w Urzędzie Pracy</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> <b>bierna zawodowo</b> - tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna</li> </ul> <p style="margin-left: 20px;"><b>Podaj datę utraty zatrudnienia</b> ..... (dd-mm-rrrr)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>osoba przewidziana do zwolnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy</b> - tj. znajdująca się w okresie wypowiedzenia lub która została poinformowana przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego lub umowy cywilnoprawnej.</p> <p style="margin-left: 20px;"><b>Podaj datę przewidywanej utraty zatrudnienia</b> ..... (dd-mm-rrrr)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>osoba zagrożona zwolnieniem z pracy</b>,</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Podaj miejsce zatrudnienia (dotyczy osób wciąż pracujących):</b></p> <p style="margin-left: 20px;">- nazwa zakładu pracy:.....</p> <p style="margin-left: 20px;">- rodzaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> administracja publiczna rządowa</li> <li><input type="checkbox"/> administracja samorządowa</li> <li><input type="checkbox"/> duże przedsiębiorstwo</li> <li><input type="checkbox"/> MMS przedsiębiorstwo</li> <li><input type="checkbox"/> organizacja pozarządowa</li> </ul>		

Wykonywany zawód - dotyczy tylko osób pracujących (właściwe zaznacz znakiem X)	<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno - pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik
Przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	właściwe zaznacz znakiem X <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA DANYCH
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA DANYCH
Osoba w innej niekorzystnej sy- tuacji społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA DANYCH
<b>B. WYKSZTAŁCENIE I DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE</b>	
<p>Opisz w punktach swoje wykształcenie podając co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- datę rozpoczęcia i zakończenia danego typu edukacji,</li> <li>- nazwę szkoły/ uczelni,</li> <li>- kierunek/ specjalizację,</li> <li>- zdobyty stopień</li> </ul> <p>Dodatkowo podaj ukończone kursy, szkolenia, posiadane uprawnienia, certyfikaty, itp.</p>	
<p>Opisz w punktach swoje doświadczenie zawodowe podając co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- datę rozpoczęcia i zakończenia pracy,</li> <li>- nazwę i adres zakładu pracy,</li> <li>- obejmowane stanowisko,</li> <li>- zakres zadań</li> </ul>	

<b>C. INFORMACJE DOTYCZĄCE PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ</b>	
Rodzaj planowanej działalności (właściwe zaznacz znakiem X)	<input type="checkbox"/> handlowa <input type="checkbox"/> usługowa <input type="checkbox"/> produkcyjna <input type="checkbox"/> transportowa
Planowana działalność prowadzona będzie w inteligentnych specjalizacjach określonych dla woj. warmińsko-mazurskiego (właściwe zaznacz znakiem X)	<input type="checkbox"/> tak (określ w jakiej) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> drewno i meblarstwo <input type="checkbox"/> ekonomia wody <input type="checkbox"/> żywność wysokiej jakości
Planowany przedmiot działalności (wskaż dominujące PKD – numer oraz nazwa)	
W ramach planowanej działalności gospodarczej zostanie stworzone dodatkowe miejsce pracy (zatrudnienie na min. ½ etatu przez okres min. 3 miesięcy) (właściwe zaznacz znakiem X)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Adres siedziby planowanej działalności gospodarczej	
<b>Pomysł na działalność gospodarczą</b>	
Opisz skrótowo swój pomysł, w tym:	
<ol style="list-style-type: none"> <li>opisz planowaną działalność gospodarczą (w tym wskazując na powiązanie z inteligentną specjalizacją woj. warmińsko-mazurskiego) w kontekście jej realności w określonym otoczeniu oraz uzasadnij zakres planowanej inwestycji</li> <li>przedstaw krótką charakterystykę produktu/usługi</li> <li>opisz rynek i konkurencję nowo powstałej firmy</li> <li>opisz organizację pracy w nowo powstałej firmie, tj. określ kadrę i jej zadania (w przypadku tworzonego dodatkowego miejsca pracy wskaż na jak długo planujesz zatrudnienie i w jakim wymiarze etatu), usługi związane z obsługą działalności, które będą zlecone na zewnątrz oraz poinformuj o ewentualnej sezonowości (opisz z czego ona będzie wynikać)</li> <li>wskaż szanse i zagrożenia związane z utrzymaniem się nowo powstałej firmy przez min. 1 rok</li> </ol>	

Planowane koszty i przychody oraz posiadane zasoby		
	Rodzaj wydatku	Wartość brutto
Planowane koszty inwestycyjne niezbędne do rozpoczęcia działalności gospodarczej (łącznie jednorazowa dotacja inwestycyjna i środki własne) <b>(Uwaga!</b> Nie wykazuj w tym miejscu bieżących kosztów prowadzenia działalności gospodarczej)		
Planowane miesięczne koszty prowadzenia działalności gospodarczej		
Planowane średniomiesięczne przychody z działalności gospodarczej w pierwszych 12 miesiącach funkcjonowania firmy		
Zasoby materialne będące w posiadaniu Kandydata, które mogą być przeznaczone na potrzeby planowanej działalności gospodarczej (lokal, urządzenia, maszyny, środki pieniężne itp.)		

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 271 Kodeksu Karnego oświadczam prawdziwość danych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym.

.....  
(data i czytelny podpis Kandydata)

Załączniki do Formularza rekrutacyjnego:

1. Oświadczenie kwalifikacyjne Kandydata.
2. Oświadczenie Kandydata projektu.
3. Kopia dokumentów poświadczających posiadanie określonego statusu na rynku pracy, w tym oświadczenie o statusie osoby bezrobotnej lub biernej zawodowo.
4. Kopia dokumentu potwierdzającego wykształcenie.
5. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności - jeśli dotyczy.