|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WYPEŁNIA OPERATOR | | | |
| **RODZAJ FORMULARZA:**   ZGŁOSZENIOWY  KORYGUJĄCY | | | |
| **DATA WPŁYWU:** |  | **NR FORMULARZA W REJESTRZE:** |  |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

w ramach projektu

**Kompetentny region – Warmia i Mazury**

nr FEWM.07.05-IZ.00-0006/23

***Instrukcja wypełniania formularza:***

1. *Przed wypełnieniem formularza należy zapoznać się z Regulaminem Projektu „Kompetentny region – Warmia i Mazury” (nr Projektu FEWM.07.05-IZ.00-0006/23).*
2. *Należy wypełnić wszystkie wymagane pola. Formularz zawierający niewypełnione pola nie będzie podlegał rozpatrzeniu, będzie kierowany do uzupełnienia.*
3. *Formularz należy wypełnić w sposób czytelny (komputerowo lub ręcznie, drukowanymi literami).*
4. *Formularz należy podpisać w miejscach wskazanych, natomiast pozostałe strony zaparafować. Podpisy składa osoba lub osoby uprawnione do reprezentowania Przedsiębiorstwa zgodnie z zasadami reprezentacji (zapisami dokumentu rejestrowego).*
5. *Załączniki do Formularza zgłoszeniowego dostarczane są do Operatora na późniejszym etapie, zgodnie z procedurą zawartą w Regulaminie projektu „Kompetentny region – Warmia i Mazury”.*

**DANE PRZEDSIĘBIORSTWA (ZGODNIE Z DOKUMENTEM REJESTROWYM)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWA PRZEDSIĘBIORSTWA** |  | | | | | | | | | |
| **ADRES PRZEDSIĘBIORSTWA** |  | | | | | | | | | |
| **KRAJ** |  | | **WOJEWÓDZTWO** | | | | |  | | |
| **POWIAT** |  | | **GMINA** | | | | |  | | |
| **NIP** |  | | **REGON** | | | | |  | | |
| **DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI PRZEDSIĘBIORSTWA ZGODNIE Z DOKUMENTEM REJESTROWYM** |  | | **PKD (wiodące)** | | | | |  | | |
| **FORMA PRAWNA** | OSOBA FIZYCZNA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ  INNA FORMA PRAWNA (JAKA?) …………………………………………………………………………… | | | | | | | | | |
| **PRZEDSIĘBIORSTWO Z SEKTORA MŚP, POSIADA SWOJĄ SIEDZIBĘ (FILIĘ LUB, DELEGATURĘ LUB, ODDZIAŁ) I PROWADZI DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ w województwie warmińsko – mazurskim co najmniej 6 miesięcy przed udzieleniem wsparcia.** | | | | | TAK  NIE | | | | | |
| **PRZEDSIĘBIORSTWO Z SEKTORA MŚP, POSIADA SWOJĄ SIEDZIBĘ (FILIĘ LUB, DELEGATURĘ LUB, ODDZIAŁ) I ODPROWADZA PODATKI NA TERENIE województwa warmińsko – mazurskiego co najmniej 6 miesięcy przed udzieleniem wsparcia.** | | | | | TAK  NIE | | | | | |
| **ADRES E-MAIL PRZEDSIĘBIORSTWA** |  | | | | | | | | | |
| **PRZEDSIĘBIORSTWO DZIAŁA W OPARCIU O UMOWĘ** | AGENCYJNĄ  WSPÓŁPRACY  FRANCZYZY  NIE DOTYCZY  PARTNERSKĄ | | | | | | | | | |
| **WIELKOŚĆ PRZEDSIĘBIORSTWA** | SAMOZATRUDNIONY  *(świadczy pracę na rzecz własnego Przedsiębiorstwa, osoba fizyczna prowadzi działalność gospodarczą na własny rachunek. Osoba fizyczna występuje w Przedsiębiorstwie w podwójnej roli - jest właścicielem oraz osobą świadczącą pracę)* | | | | | | | | | |
| MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO  *(zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz obrót roczny lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 mln EUR)* | | | | | | | | | |
| MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO (*zatrudnia od 10 do 49 pracowników oraz obrót roczny lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 mln EUR)* | | | | | | | | | |
| ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO  *(zatrudnia od 50 do 249 pracowników oraz obrót roczny nie przekracza 50 mln EURO lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 mln EURO)* | | | | | | | | | |
| **CZY PROWADZONA DZIAŁALNOŚĆ ZALICZA SIĘ DO TZW. INTELIGENTNYCH SPECJALIZACJI, JEŻELI TAK TO DO JAKIEJ?** | TAK  NIE | | | | | | **JEŻELI TAK, TO JAKI TO OBSZAR:**  DREWNO I MEBLARSTWO  EKONOMIA WODY  ŻYWNOŚĆ WYSOKIEJ JAKOŚCI  ZDROWE ŻYCIE | | | |
| **CZY ODDELEGOWANI DO UCZESTNICTWA W USŁUDZE ROZWOJOWEJ PRACOWNICY NA MOMENT ROZPOCZĘCIA USŁUGI ROZWOJOWEJ BĘDĄ ZATRUDNIENI W PRZEDSIĘBIORSTWIE NA TERENIE WARMII I MAZUR CO NAJMNIEJ 3 MIESIĄCE?** | | TAK  NIE | | | | | | | | |
| **PRZEDSIĘBIORSTWO PLANUJE UBIEGAĆ SIĘ O DOFINANSOWANIE USŁUG ROZWOJOWYCH:** | Prowadzących do zdobycia umiejętności niezbędnych do obsługi działań zgodnych z zasadami zielonej gospodarki, w tym gospodarki w obiegu zamkniętym | | | | | TAK | | | | NIE |
| Z zakresu kompetencji przyszłości | | | | | TAK | | | | NIE |
| Z zakresu opieki długoterminowej | | | | | TAK | | | | NIE |
| Z zakresu kompetencji zarządczych dla kobiet | | | | | TAK | | | | NIE |
| MŚP planuje oddelegować do udziału w projekcie osobę niepełnosprawną | | | | | TAK | | | | NIE |
| **OŚWIADCZAM, ŻE PRZEDSIĘBIORSTWO NA DZIEŃ SKŁADANIA WNIOSKU KORZYSTAŁO JUŻ Z DOFINANSOWANIA USŁUG ROZWOJOWYCH W RAMACH PROGRAMU FEWIM 2021-2027** | | TAK ☐ JEŻELI „TAK” PROSZĘ PODAĆ  KWOTĘ:………………………………………………………………………………………………………  NIE | | | | | | | | |
| **PREFEROWANA FORMA PRZEPROWADZENIA DIAGNOZY POTRZEB ROZWOJOWYCH I LUK KOMPETENCYJNYCH** | spotkanie osobiste | | | spotkanie zdalne / online | | | | | wywiad telefoniczny | |
| **OSOBA DO KONTAKTU** | IMIĘ I NAZWISKO | | |  | | | | | | |
| STANOWISKO | | |  | | | | | | |
| TELEFON, E-MAIL | | |  | | | | | | |

**OŚWIADCZENIA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **TAK** | **NIE** |  |
| 1. |  |  | Deklaruję chęć udziału w Projekcie „*Kompetentny region – Warmia i Mazury”*. Zostałem poinformowany, że ww. Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus. |
| 2. |  |  | Jestem świadomy, iż zgłoszenie się do udziału w Projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem Przedsiębiorstwa do objęcia wsparciem. |
| 3. |  |  | Oświadczam, iż zapoznałem/am się i akceptuję treść Regulaminu Projektu *„Kompetentny region – Warmia i Mazury”.* |
| 4. |  |  | Przedsiębiorstwo, które reprezentuję nie zalega z uiszczaniem podatków, jak również z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami (o ile dotyczy). Na potwierdzenie ww. oświadczenia dostarczę Zaświadczenie z ZUS i US o niezaleganiu. |
| 5. |  |  | Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przesłanych przeze mnie dokumentach do ww. Projektu w celu przeprowadzenia naboru i udzielenia wsparcia. |
| 6. |  |  | Jestem świadomy/-ma odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 i 297 kodeksu karnego i jednocześnie oświadczam, że powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. |
| 7. |  |  | Przedsiębiorstwo, które reprezentuję, zobowiązuje się do wniesienia wkładu własnego w wysokości minimum 50% kosztów udziału w Usłudze rozwojowej lub w przypadku przyznania wyższego poziomu dofinansowania, wkładu nie mniejszego niż 20%. |
| 8. |  |  | Mam świadomość, iż wsparciem w ramach Projektu „*Kompetentny region – Warmia i Mazury”* (nr projektu FEWM.07.05-IZ.00-0006/23) mogą zostać objęci WYŁĄCZNIE Pracownicy zatrudnieni na terenie województwa warmińsko-mazurskiego we wnioskującym Przedsiębiorstwie co najmniej 3 miesiące przed udzieleniem wsparcia. |
| 9. |  |  | Mam świadomość, iż łączny koszt Usług rozwojowych nie może być większy niż roczny obrót z działalności gospodarczej wnioskującego Przedsiębiorstwa. |
| 10. |  |  | Mam świadomość, iż maksymalna kwota wsparcia w ramach wszystkich projektów operatorskich dla jednego przedsiębiorstwa jest uzależniona od jego statusu (wielkości) i nie może przekroczyć 60 000 zł dla mikroprzedsiębiorstwa / 80 000 zł dla małego przedsiębiorstwa / 100 000 zł dl średniego przedsiębiorstwa, a w przeliczeniu na 1 pracownika średnio 16 000 zł (przy założeniu realizacji pojedynczej usługi rozwojowej przez 1 pracownika) |
| 11. |  |  | Równolegle ubiegam się o wsparcie na usługi rozwojowe u innego regionalnego Operatora środków w ramach Działania 7.5 FEWM. |

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

*(Miejscowość, data)*   *(pieczęć i podpis osoby uprawnionej   
do reprezentowania Przedsiębiorstwa)*

**Załączniki\*:**

1. Załącznik 1 – Informacja o uzyskanej pomocy de minimis.
2. Załącznik 2 – Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
3. Załącznik 3 – Oświadczenie o spełnieniu kryteriów MŚP.
4. Załącznik 4 – Oświadczenie o kwalifikowalności podatku VAT.
5. Załącznik 5 – Lista usług rozwojowych.
6. Załącznik 6 – Formularz zgłoszeniowy Właściciela/Pracownika.
7. Załącznik 7 – Klauzula informacyjna dla osoby, której dane są przetwarzane w ramach realizacji Projektu.

***\*******Załączniki do Formularza zgłoszeniowego dostarczane są do Operatora na późniejszym etapie, zgodnie z procedurą zawartą w Regulaminie projektu „Kompetentny region – Warmia i Mazury”.***