

Załącznik 2

**Formularz zgłoszeniowy Przedsiębiorstwa wraz z ankietą motywacyjną
do projektu
pt. „Aktywni przez całe życie –
strategie zarządzania wiekiem w małopolskich MŚP”**

| DANE PRZEDSIĘBIORSTWA | | | | | |
|---|---|--------|---------------|------|------------|
| Nazwa: | | | | | |
| NIP: | | Regon: | | KRS: | |
| Forma prawna: | <input type="checkbox"/> osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą <input type="checkbox"/> spółka cywilna <input type="checkbox"/> spółka jawna <input type="checkbox"/> spółka partnerska <input type="checkbox"/> spółka z ograniczoną odpowiedzialnością. <input type="checkbox"/> spółka akcyjna <input type="checkbox"/> inne | | | | |
| ADRES SIEDZIBY | | | | | |
| Województwo: | | | Powiat: | | |
| Gmina: | | | | | |
| Ulica: | | | Nr budynku: | | Nr lokalu: |
| Miejscowość: | | | Kod pocztowy: | | |
| Telefon kontaktowy: | | | Adres e-mail: | | |
| Wielkość przedsiębiorstwa (zgodnie z definicjami z Regulaminu rekrutacji) | <input type="checkbox"/> mikroprzedsiębiorstwo, <input type="checkbox"/> małe przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> średnie przedsiębiorstwo Uwaga: ze wsparcia wykluczone są duże przedsiębiorstwa | | | | |
| Liczba pracowników: | Ogółem: | | | | |
| | w tym kobiety: | | | | |
| | w tym osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności: | | | | |
| | W tym osoby w wieku 50+ | | | | |
| Czy przedsiębiorstwo posiada Strategię Zarządzania Wiekiem? | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | | | | |

INFORMACJE DODATKOWE NT. PRACODAWCY* (*przez „Pracodawcę” rozumie się „prezesa” w rozumieniu Kodeksu Spółek Handlowych, Dz.U. 2000 nr 94 poz. 1037 z późn. zm. tj Dz.U. 2017 poz. 1577)

| | |
|---|---|
| Płeć pracodawcy | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> męczyzna |
| Czy pracodawca jest osobą posiadającą zaświadczenie o niepełno-sprawności? | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |

ANKIETA MOTYWACYJNA

1. Proszę uzasadnić udział Państwa Przedsiębiorstwa w projekcie i opisać potrzeby firmy w zakresie rozwiązań dot. zarządzania wiekiem¹.

.....

2. Proszę przedstawić pomysł na wdrożenie elementów Strategii Zarządzania Wiekiem w Państwa Przedsiębiorstwie?

.....

OŚWIADCZENIE

- Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.
- Zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Aktywni przez całe życie – strategię zarządzania wiekiem w małopolskich MŚP” i akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami spełniam warunki kwalifikujące mnie do udziału w projekcie.
- Wyrażam zgodę na udział w badaniach ewaluacyjnych projektu.
- Wyrażam zgodę na uczestnictwo w Projekcie i oświadczam, że zostałam/em poinformowany o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, 8 Oś Priorytetowa Rynek pracy, Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej Poddziałanie 8.6.1. Realizacja programów przekwalifikowania pracowników i wsparcie dla pracodawców) oraz budżetu państwa.
- W przypadku rezygnacji z własnej winy po rozpoczęciu udziału w Projekcie zobowiązuję się do zwrotu kosztów swojego uczestnictwa. Koszty udziału zobowiązuję się zwrócić w terminie 14 dni od dnia rezygnacji na wskazane przez Realizatora projektu konto bankowe.
- Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Realizatora projektu o zmianie jakichkolwiek danych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym.

¹ Elementy Strategii Zarządzania Wiekiem: rekrutacja, kształcenie, szkolenia i inne formy doskonalenia zawodowego, planowanie i rozwój kariery zawodowej, przekwalifikowanie i zmiana stanowiska pracy, elastyczne godziny pracy i formy zatrudnienia, ochrona i promocja zdrowia, ergonomia miejsca pracy, motywowanie, zakończenie zatrudnienia i przejście na emeryturę.

7. Przedsiębiorstwo, które reprezentuję:
 - a. ma status mikro, małego lub średniego przedsiębiorstwa,
 - b. nie pozostaje pod zarządem komisarycznym,
 - c. nie znajduje się w toku likwidacji, postępowania upadłościowego i postępowania naprawczego,
 - d. nie podlega wykluczeniu z ubiegania się o pomoc de minimis.**
8. **Zostałem/am/liśmy poinformowany/a/i, że udział w Projekcie wiąże się z uzyskaniem pomocy de minimis.**
9. Reprezentowane przeze mnie/przez nas przedsiębiorstwo jest uprawnione do korzystania z pomocy de minimis tj., w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających go latach podatkowych otrzymało **pomoc de minimis**, której wartość brutto łącznie z pomocą o którą się ubiega, **nie przekracza równowartości w złotych kwoty 200 000,00 euro**, a w przypadku wsparcia działalności w sektorze transportu drogowego równowartość w złotych kwoty 100 000,00 euro, obliczonych według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu udzielenia pomocy.
10. Jestem świadoma/y, iż zgłoszenie się do udziału w Projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem przedsiębiorstwa do udziału w Projekcie.
11. Zobowiązuję się do delegowania odpowiedniej liczby pracowników zgodnie z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i umożliwienia im udziału w szkoleniach w terminach określonych przez Realizatora projektu.
12. Pracownicy delegowani do uczestnictwa w działaniach projektowych w ramach projektu zostaną zobowiązani do dostarczenia Realizatorowi wymaganych dokumentów;
13. Mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane do Realizatora projektu stają się jego własnością i nie mam prawa żądać ich zwrotu.

Własnoręcznym podpisem potwierdzam prawdziwość wskazanych powyżej danych

.....
miejsce i data

.....
*podpis osoby/osób uprawnionych do reprezentowania
Przedsiębiorstwa zgodnie z dokumentem rejestrowym wraz z pieczęcią Przedsiębiorstwa*