

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „TWÓJ BIZNES = TWOJA SZANSA”

Nr POKL.06.02.00-14-119/09

realizowanego w ramach

Priorytetu VI Rynek pracy otwarty dla wszystkich

Działania 6.2 Wsparcie oraz promocja przedsiębiorczości i samo zatrudnienia

Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki

Formularz zgłoszeniowy składa się z następujących dokumentów:

- 1. Formularz rekrutacyjny.**
- 2. Opis planowanego przedsięwzięcia.**
- 3. Deklaracja uczestnictwa w projekcie.**
- 4. Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.**
- 5. Oświadczenie o kwalifikowaniu się do projektu.**
- 6. Oświadczenie o uzyskanej pomocy de minimis.**
- 7. Oświadczenie o braku zobowiązań.**
- 8. Oświadczenie o niekaralności za przestępstwa skarbowe.**
- 9. Załączniki:**
 - a) kserokopia dwóch stron dowodu osobistego (potwierdzona za zgodność z oryginałem) – w każdym przypadku,
 - b) zaświadczenie o nieprowadzeniu działalności gospodarczej w chwili przystąpienia do projektu i nieprowadzeniu takiej działalności w ostatnim roku przed przystąpieniem, wydanym przez właściwy dla miejsca zameldowania UM – w każdym przypadku,
 - c) zaświadczenie potwierdzające status bezrobotnego z UP – dot. osób zarejestrowanych w PUP właściwym dla miejsca zameldowania,
 - d) kopia świadectwa pracy lub innego dokumentu potwierdzającego rozwiązanie umowy o pracę z przyczyn leżących po stronie pracodawcy (potwierdzonej za zgodność z oryginałem) **oraz** oświadczenie o braku zatrudnienia od momentu rozwiązania umowy jw. do chwili ubiegania się o udział w projekcie (tj. do dnia złożenia formularza rekrutacyjnego) - dot. osób, które utraciły zatrudnienie z przyczyn niedotyczących pracowników,
 - e) kserokopia świadectwa pracy lub innego dokumentu potwierdzającego rozwiązanie umowy o pracę (potwierdzonej za zgodność z oryginałem) – dot. kobiet powracających na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem i wychowaniem dzieci,
 - f) oświadczenie o braku zatrudnienia od dnia zakończenia urlopu macierzyńskiego/wychowawczego lub urodzenia dziecka (w przypadku kobiet wchodzących na rynek pracy) do chwili ubiegania się o udział w projekcie (tj. do dnia złożenia formularza rekrutacyjnego) –dot. kobiet powracających na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem i wychowywaniem dzieci.

*** Prosimy o staranne wypełnianie formularza zgłoszeniowego (preferowane wypełnienie drukowanymi literami)**

**** Wszystkie dokumenty formularza muszą być kompletnie wypełnione (wszystkie pola wypełnione, brak np. numeru NIP może skutkować odrzuceniem zgłoszenia) i czytelnie podpisane (imię i nazwisko)**

***** Przez potwierdzenie za zgodność z oryginałem rozumie się umieszczenie na kopii dokumentu klauzuli „Potwierdzam za zgodność z oryginałem” lub „Za zgodność z oryginałem” wraz z czytelnym podpisem (imię i nazwisko)**

KOMPLETNY FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY (tj. zawierający dokumenty 1-9 i wypełniony zgodnie z instrukcją) NALEŻY ZŁOŻYĆ W BIURZE PROJEKTU OSOBIŚCIE LUB DROGĄ POCZTOWĄ.



FORMULARZ REKRUTACYJNY				
Beneficjent			Stowarzyszenie B-4	
Tytuł projektu			Twój biznes = Twoja szansa	
Nr projektu			POKL.06.02.00-14-119/09	
Czas trwania projektu			01.01.2010 - 30.09.2011	
Lp.		Lp.	Nazwa	
I	Dane podstawowe	1	Imię (imiona)	
		2	Nazwisko	
		3	Płeć	
		4	Data i miejsce urodzenia	
		5	Seria i nr dowodu osobistego	
		6	Dowód osobisty wydany przez	
		7	PESEL	
		8	NIP	
		9	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> wyższe magisterskie z tytułem magistra, lekarza lub równorzędne <input type="checkbox"/> wyższe zawodowe z tytułem licencjata, inżyniera lub równorzędne <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe
II	Adres zameldowania	1	Ulica	
		2	Nr domu	
		3	Nr lokalu	
		4	Miejscowość	
		5	Kod pocztowy	
		6	Gmina	
		7	Powiat	
		8	Województwo	
		9	Jestem mieszkańcem	<input type="checkbox"/> miasta <input type="checkbox"/> wsi
III	Adres do korespondencji	1	Wpisać, jeśli jest inny niż adres zameldowania	
IV	Dane kontaktowe	1	Telefon domowy	
		2	Telefon kom.	
		3	Adres poczty e-mail	
V	Źródło informacji o projekcie	1	<input type="checkbox"/> MJWPU <input type="checkbox"/> Prasa <input type="checkbox"/> Plakaty/ulotki <input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Punkt Konsultacyjny <input type="checkbox"/> Rodzina/znajomi <input type="checkbox"/> Inne (jakie?):



V	Status kandydata	1	Należę do grup/-y:	<input type="checkbox"/> osoby pozostające bez zatrudnienia przez okres co najmniej kolejnych 12 miesięcy w ciągu ostatnich 2 lat (zarejestrowane w PUP właściwym dla miejsca zameldowania) <input type="checkbox"/> osoby pozostające bez zatrudnienia przez okres co najmniej kolejnych 12 miesięcy w ciągu ostatnich 2 lat (poszukujący pracy) <input type="checkbox"/> osoby posiadające zatrudnienie, w tym zatrudnione w: <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> mikroprzedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> małym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> administracji publicznej <input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> kobiety, w tym (jeśli dotyczy): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> powracające na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem i wychowaniem dzieci (pozostające bez zatrudnienia nie dłużej niż 5 lat od daty urodzenia dziecka) <input type="checkbox"/> kobiety wchodzące po raz pierwszy na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem i wychowaniem dzieci (pozostające bez zatrudnienia nie dłużej niż 5 lat od daty urodzenia dziecka) <input type="checkbox"/> osoby zamieszkujące w gminach wiejskich zamierzające podjąć zatrudnienie w obszarach niezwiązanych z produkcją roślinną i/lub zwierzęcą <input type="checkbox"/> osoby zamieszkujące gminy miejsko-wiejskie zamierzające podjąć zatrudnienie w obszarach niezwiązanych z produkcją roślinną i/lub zwierzęcą <input type="checkbox"/> osoby zamieszkujące miasta do 25 tys. mieszkańców zamierzające podjąć zatrudnienie w obszarach niezwiązanych z produkcją roślinną i/lub zwierzęcą <input type="checkbox"/> osoby zamieszkujące miasta powyżej 25 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> osoby, które utraciły zatrudnienie z przyczyn nie dotyczących pracowników (pozostające bez zatrudnienia nie dłużej niż 6 miesięcy od daty rozwiązania umowy o pracę z przyczyn jw.) <input type="checkbox"/> mieszkańcy: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> powiatu radomskiego <input type="checkbox"/> powiatu szydłowieckiego <input type="checkbox"/> powiatu przysuskiego <input type="checkbox"/> m. Radom
		2	Zamierzam podjąć działalność gospodarczą? Jeżeli tak – kiedy?	<input type="checkbox"/> TAK od..... <input type="checkbox"/> NIE



		3	Forma organizacyjno-prawna planowanej działalności gospodarczej	<input type="checkbox"/> Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą <input type="checkbox"/> Spółdzielnia lub spółdzielnia socjalna <input type="checkbox"/> Spółka cywilna <input type="checkbox"/> Inna –
		4	Chcę rozpocząć działalność gospodarczą na terenie województwa mazowieckiego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		5	Nie planuję prowadzić działalności w sektorach wykluczonych z zasady de minimis¹	<input type="checkbox"/> TAK
VI	Informacje dotyczące osoby uczącej się (wypełnić, jeśli dotyczy)	1	Nazwa uczelni / szkoły	
		2	Profil klasy / kierunku studiów	
		3	Rok nauki	
VII	Informacje dotyczące osoby, która już prowadziła działalność gospodarczą (wypełnić, jeśli dotyczy)	1	Branża	
		2	Data rozpoczęcia działalności	
		3	Data zakończenia działalności	
		4	Przyczyny zakończenia działalności	
VIII	Informacje o uzyskanej dotacji inwestycyjnej lub pomocy publicznej	1	W ramach działania 2.5 „Promocja przedsiębiorczości” ZPORR	<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> dotyczy – Kwota uzyskanej pomocy i cel pomocy:
		2	W ramach jednorazowo przyznanych przez Powiatowy Urząd Pracy środków na podjęcie działalności gospodarczej	<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> dotyczy – Kwota uzyskanej pomocy i cel pomocy: <input type="checkbox"/>

¹ Zgodnie z § 30 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Rozwoju Regionalnego z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie udzielania pomocy publicznej w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, pomoc może być przyznawana podmiotom gospodarczym we wszystkich sektorach za wyjątkiem pomocy:

- Udzielanej na działalność w sektorze rybołówstwa i akwakultury w rozumieniu rozporządzenia Rady (WE) nr 104/2000 z dnia 17 grudnia 1999 r. w sprawie wspólnej organizacji rynków produktów rybołówstwa i akwakultury
- sektor transportu
- działalność w zakresie z produkcji podstawowej, przetwarzania i wprowadzania do obrotu produktów rolnych wymienionych w Załączniku I do Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską
- eksport, jeżeli pomoc jest bezpośrednio związana z ilością eksportowanych produktów utworzeniem i funkcjonowaniem sieci dystrybucyjnej lub innymi wydatkami bieżącymi związanymi z prowadzeniem działalności
- działalność uwarunkowana pierwszeństwem użycia towarów produkcji krajowej
- sektor górnictwa węgla w rozumieniu rozporządzenia Rady nr (WE)1407/2002 z dnia 23 lipca 2002 r. w sprawie pomocy państwa dla przemysłu węglowego;
- działalność w sektorze rybołówstwa i akwakultury w rozumieniu rozporządzenia Rady (WE) nr 104/2000 z dnia 17 grudnia 1999 r. w sprawie wspólnej organizacji rynków produktów rybołówstwa i akwakultury;



		2	W ramach działania 6.2 Wsparcie oraz promocja przedsiębiorczości i samozatrudnienia	<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> dotyczy – Kwota uzyskanej pomocy i cel pomocy:
IX	Motywacja do udziału w projekcie	1	Powody przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> szkolenie <input type="checkbox"/> doradztwo indywidualne <input type="checkbox"/> dotacja inwestycyjna <input type="checkbox"/> wsparcie pomostowe przez 6 m-cy <input type="checkbox"/> wsparcie pomostowe przedłużone o kolejne 6 m-cy <input type="checkbox"/> inne (jakie?)
		2	Alternatywy – w przypadku nieotrzymania dotacji inwestycyjnej w ramach projektu działalność gospodarcza:	<input type="checkbox"/> Zostanie uruchomiona w pełnym planowanym zakresie <input type="checkbox"/> Zostanie uruchomiona w ograniczonym zakresie <input type="checkbox"/> Nie zostanie uruchomiona

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego, przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że dane zawarte w formularzu są prawdziwe.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis



OPIS PLANOWANEGO PRZEDSIĘWZIĘCIA			
X	Opis działalności	1	Rodzaj działalności (handel, produkcja, usługi)
		2	Przedmiot i zakres działalności
		3	Forma organizacyjno-prawna
		4	Miejsce wykonywania działalności
		5	Źródła finansowania inwestycji przed otrzymaniem wsparcia finansowego lub finansowanie wkładu własnego (gotówka, kredyt, pożyczka, inne – jakie?) – jeśli dotyczy
		6	Wielkość planowanego zatrudnienia (ilość etatów, forma zatrudnienia)
		7	Krótki opis procesu produkcji/ świadczenia usługi. Najważniejsze produkty, usługi, towary oferowane w ramach planowanej działalności
		8	Charakterystyka konkurencji
		9	Charakterystyka rynku dostawców i odbiorców (potencjalnych klientów)



XI	Plan inwestycyjny	1	Zakres planowanej inwestycji (np. zakup maszyn czy urządzeń) wraz z uzasadnieniem.	
		2	Planowana wysokość całkowitych nakładów inwestycyjnych (brutto) niezbędnych do rozpoczęcia działalności i źródła ich finansowania	Całkowite nakłady inwestycyjne w kwocie zł brutto zostaną sfinansowane z następujących źródeł: <input type="checkbox"/> dotacji inwestycyjnej otrzymanej w ramach projektu w kwocie:zł <input type="checkbox"/> środków własnych (gotówka, oszczędności)zł <input type="checkbox"/> Innych – jakiezł
		3	Wstępny kosztorys inwestycyjny (zakupy środków trwałych, wartości niematerialnych i prawnych, zapasów materiałowych, inne)	<input type="checkbox"/> koszty remontów – wartość: <input type="checkbox"/> zakup środków trwałych – jakich: <input type="checkbox"/> Zakup środka transportu – jakiego: <input type="checkbox"/> Inne – jakie:
		4	Posiadane zasoby (lokal, maszyny, środki pieniężne), które mogą być wniesione do zakładanego przedsiębiorstwa	
		5	Posiadane kwalifikacje i umiejętności niezbędne do prowadzenia działalności gospodarczej	
czytelny podpis kandydata na uczestnika projektu				
data				

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego, przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że dane zawarte w formularzu są prawdziwe.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „TWÓJ BIZNES = TWOJA SZANSA”

Oświadczam, iż:

- a) zapoznałem/-am się z zasadami rekrutacji zawartymi w „Regulaminie rekrutacji” oraz zakresem działań realizowanych w ramach projektu „Twój biznes = Twoja szansa” i deklaruję chęć uczestnictwa w ww. projekcie.
- b) zostałem/-am poinformowany/-a, że Projekt „Twój biznes = Twoja szansa” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- c) mam świadomość, że usługi w ramach projektu mogą się odbywać w miejscowości innej od mojego miejsca zamieszkania,
- d) wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie trwania projektu.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do Projektu „Twój biznes = Twoja szansa” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) administratorem tak zebranych danych osobowych jest Instytucja Zarządzająca dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki – Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, ul. Wspólna 2/4 00-926 Warszawa;
- 2) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi projektu;
- 3) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- 4) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
- 5) mam prawo dostępu do treści swoich danych do swoich danych i ich poprawiania

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis

OŚWIADCZENIE O KWALIFIKOWANIU SIĘ DO PROJEKTU

Ja niżej podpisany/a <imię i nazwisko>

Zamieszkały/a <adres zamieszkania>

Legitymujący/a się dowodem osobistym

wydanym przez

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

Oświadczam, że

kwalifikuję się do grupy uczestników projektu „Twój biznes = Twoja szansa” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VI, Działanie 6.2 „Wsparcie oraz promocja przedsiębiorczości i samozatrudnienia”, tj. spełniam łącznie następujące wymogi:

Jestem osobą fizyczną, zamieszkałą na terenie województwa mazowieckiego i wyrażam gotowość rozpoczęcia działalności gospodarczej i jej rejestracji na terenie województwa mazowieckiego.

Nie prowadziłem/-łam zarejestrowanej działalności gospodarczej w okresie co najmniej 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie do projektu.

Należę do co najmniej jednej z grup docelowych Uczestników projektu „Twój biznes = Twoja szansa”, tj. do grup/-y:

- osób pozostających bez zatrudnienia przez okres co najmniej kolejnych 12 miesięcy w ciągu ostatnich 2 lat przed przystąpieniem do projektu,
- mieszkańców powiatów: radomskiego, szydłowieckiego, przysuskiego oraz m. Radom,
- osób zamieszkujących gminy wiejskie, miejsko - wiejskie lub miasta do 25 tys. mieszkańców, które zamierzają podjąć zatrudnienie w obszarach niezwiązanych z produkcją roślinną i/lub zwierzęcą,
- kobiet (głównie powracających oraz wchodzących po raz pierwszy na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem i wychowaniem dzieci),
- osób, które utraciły zatrudnienie z przyczyn nie dotyczących pracowników.

Nie byłem/am wspólnikiem lub komplementariuszem w spółkach osobowych w okresie 12 miesięcy przed przystąpieniem do projektu „Twój biznes = Twoja szansa” (z wyłączeniem osób będących członkami banków spółdzielczych oraz spółdzielni budownictwa mieszkaniowego, którzy nie osiągają przychodu z tytułu członkostwa w spółdzielni).

Nie jestem zatrudniony (na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej) w Stowarzyszeniu B-4, ul. Sokoła 4a/2, Rzeszów, ani też partnera Stowarzyszenia B-4 lub wykonawcy usług na rzecz Stowarzyszenia w ramach tego projektu oraz zobowiązuję się poinformować Stowarzyszenie B-4 o fakcie zatrudnienia, jeśli będzie ono miało miejsce w czasie realizacji projektu.

Nie korzystam i nie będę korzystać/ubiegać się o wsparcie z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy oraz w ramach Poddziałania 8.1.2 POKL i Działania 6.2 POKL (w ramach innego projektu) na rozpoczęcie działalności gospodarczej w czasie trwania projektu „Twój biznes = Twoja szansa”.

Zobowiązuję się do poinformowania Stowarzyszenia B-4 o przystąpieniu do innego projektu w ramach Działania 6.2 lub Poddziałania 8.1.2, POKL oraz ubieganiu się o środki z Funduszu Pracy, jeśli będzie ono miało miejsce w czasie trwania projektu „Twój biznes = Twoja szansa”.

Nie byłem/am karany/a za przestępstwa skarbowe popełnione umyślnie.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis

OŚWIADCZENIE O UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS

Ja niżej podpisany/a <imię i nazwisko>

Zamieszkały/a <adres zamieszkania>

Legitymujący/a się dowodem osobistym

wydanym przez

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

Oświadczam

że w ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz w dwóch poprzedzających go latach kalendarzowych podmiot gospodarczy, którego byłem/am właścicielem/ką nie otrzymał pomocy *de minimis* z różnych źródeł i w różnych formach, której wartość brutto łącznie z pomocą, o którą ubiegam się w ramach projektu „**Twój biznes = Twoja szansa**”, przekracza równowartości w złotych kwoty 200 000 euro/100 000 w przypadku podmiotu prowadzącego działalność w sektorze transportu drogowego², obliczonych wg średniego kursu NBP obowiązującego w dniu udzielenia pomocy.

Uwaga:

Zgodnie z art. 44 ust.1 Ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (DzU z 2007, Nr 59, poz. 404) w przypadku nieprzekazania lub przekazania nieprawdziwych informacji o pomocy publicznej, o których mowa w art. 39 oraz art. 40 ust. 1 i 3 pkt. 2, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów może, w drodze decyzji, nałożyć na beneficjenta pomocy karę pieniężną do wysokości równowartości 10 000 euro.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis

² Skreślić jeśli nie dotyczy



OŚWIADCZENIE O BRAKU ZOBOWIĄZAŃ

Ja niżej podpisany/a <imię i nazwisko>

Zamieszkały/a <adres zamieszkania>

Legitymujący/a się dowodem osobistym

wydanym przez

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

Oświadczam, że

nie ciąży na mnie zobowiązania z tytułu zajęć sądowych i administracyjnych, nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie sądowe, egzekucyjne lub windykacyjne dotyczące niespłaconych zobowiązań.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis



OŚWIADCZENIE O NIEKARALNOŚCI ZA PRZESTĘPSTWA SKARBOWE

Ja niżej podpisany/a <imię i nazwisko>

Zamieszkały/a <adres zamieszkania>

Legitymujący/a się dowodem osobistym

wydanym przez

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

Oświadczam, że

że nie byłem/am karany/a za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis

Ocena kwalifikowalności uczestnictwa w Projekcie (wypełnia Beneficjent):

Kandydat spełnia kryteria formalne /nie spełnia kryteriów formalnych uczestnictwa w projekcie

Uzasadnienie:.....

.....

.....

.....
(Data oraz czytelny podpis osoby weryfikującej formularz rekrutacyjny)