*Załącznik nr 1*

|  |
| --- |
| .............................................................……………………………..  *(nr, data wpływu i podpis osoby rejestrującej dokumenty w KPT)* |
| .............................................................……………………………..  *(nr, data wpływu i podpis osoby przyjmującej dokumenty)* |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE DLA MMSP**

**Dot. udziału w szkoleniach praktycznych z zakresu IT**

**ukierunkowanych na wdrożenie innowacji w przedsiębiorstwach z województwa świętokrzyskiego,**

**w ramach projektu „INWENCJA II – Transfer wiedzy, technologii i innowacji wsparciem   
dla kluczowych specjalizacji świętokrzyskiej gospodarki i konkurencyjności przedsiębiorstw”**

FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE WYPEŁNIONYCH (PREFEROWANY WYDRUK KOMPUTEROWY; DOPUSZCZALNA JEST RÓWNIEŻ WERSJA ODRĘCZNA CZYTELNIE WYPEŁNIONAA ODPOWIEDNIE POLA ZAZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Część I. Dane Projektu** | | |
| 1 | Tytuł projektu | „INWENCJA II – Transfer wiedzy, technologii i innowacjiwsparciem dla kluczowych specjalizacjiświętokrzyskiej gospodarki i konkurencyjności przedsiębiorstw” |
| 2 | Nr projektu | UDA-POKL.08.02.01-26-005/12-00 |
| 3 | Priorytet, w ramach którego realizowany jest projekt | VIII Regionalne Kadry Gospodarki |
| 4 | Działanie, w ramach którego realizowany jest projekt | 8.2. Transfer wiedzy |
| 5 | Poddziałanie, w ramach którego realizowany jest projekt | 8.2.1. Wsparcie dla współpracy nauki i przedsiębiorstw |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Część II. Dane Przedsiębiorstwa - Uczestnika Projektu, który otrzymuje wsparcie w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Lp.** | **Dane** | | **Nazwa** | | | | **Dane** | | | | | | | | | |
| 1 | **Dane podstawowe** | | Nazwa przedsiębiorstwa | | | |  | | | | | | | | | |
| NIP | | | |  | | | | | | | | | |
| REGON | | | |  | | | | | | | | | |
| Typ instytucji  *(np. przedsiębiorstwo, fundacja, stowarzyszenie, itp.)* | | | |  | | | | | | | | | |
| Polska Klasyfikacja Działalności (PKD[[1]](#footnote-1)) | | | |  | | | | | | | | | |
| Wielkość instytucji | | | | * mikroprzedsiębiorstwo * małe przedsiębiorstwo * średnie przedsiębiorstwo | | | | | | | | | |
| 2 | **Adres siedziby głównej przedsiębiorstwa** | | Ulica | | | |  | | | | | | | | | |
| Nr budynku | | | |  | | | | | | | | | |
| Nr lokalu | | | |  | | | | | | | | | |
| Miejscowość | | | |  | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy | | | |  | | | | | | | | | |
| Obszar | | | | * Obszar miejski[[2]](#footnote-2) | | | | | * Obszar wiejski[[3]](#footnote-3) | | | | |
| Województwo | | | |  | | | | | | | | | |
| Powiat | | | |  | | | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy | | | |  | | | | | | | | | |
| Adres e-mail | | | |  | | | | | | | | | |
| 3 | **Adres jednostki organizacyjnej przedsiębiorstwa (jeśli adres siedziby głównej nie mieści się na terenie woj. świętokrzyskiego)** | | □ FILIA | | | | | | | □ DELEGATURA | | | | | | |
| Ulica | | | |  | | | | | | | | | |
| Nr budynku | | | |  | | | | | | | | | |
| Nr lokalu | | | |  | | | | | | | | | |
| Miejscowość | | | |  | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy | | | |  | | | | | | | | | |
| Obszar | | | | * Obszar miejski[[4]](#footnote-4) | | | | | | | * Obszar wiejski[[5]](#footnote-5) | | |
| Województwo | | | |  | | | | | | | | | |
| Powiat | | | |  | | | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy | | | |  | | | | | | | | | |
| Adres e-mail | | | |  | | | | | | | | | |
| 4 | **Dane osoby do kontaktu po stronie przedsiębiorstwa** | | Imię i Nazwisko | | | |  | | | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy | | | |  | | | | | | | | | |
| Adres e-mail | | | |  | | | | | | | | | |
| 5 | **Branża przedsiębiorstwa** /dotyczy jeśli firma działa w wymienionych branżach/  *Zgodnie z kluczowymi specjalizacjami Woj. Świętokrzyskiego i strategii opracowanych w projekcie KRĘGI (dokument „Innowacyjne specjalizacje województwaświętokrzyskiego”)*  **Branża podlega weryfikacji w procesie rekrutacji. Branża zgodna z wykazem jest branżą preferowaną.** | | | | | | | | * Efektywne wykorzystanie energii * Turystyka medyczna * Branża targowo-kongresowa * Transfer wiedzy * Wzornictwo | | | | | | | |
| 6 | **WARUNEK KONIECZNY W PROCESIE REKRUTACJI**  Uzasadnienie przedsiębiorcy dotyczące planowanego bądź **wdrażanego** *(wdrażanego nie dłużej niż 6 miesięcy)***innowacyjnego rozwiązania w przedsiębiorstwie**, obejmującego wdrożenie rozwiązania w branży, której dotyczyć ma szkolenie tj. branża IT | | | **BRANŻA** | IT | | | | | |  | | | | | |
| **OBSZAR / PRZEDMIOT WDROŻENIA**  /krótki opis/ |  | | | | | |  | | | | | |
| **WDROŻENIE** | rozwiązanie obecnie jest wdrażane  Data rozpoczęcia wdrażania  ………………………………………..…… | | | | | | | | | | Planowany termin zakończenia wdrażania  ………………………. | |
| dopiero planuje wdrożenie  Planowany termin rozpoczęcia wdrażania  ………………………………………..…… | | | | | | | | | |
| 7 | **Czy w obecnym roku kalendarzowym oraz w ciągu 2 poprzednich lat firma otrzymała pomoc de minimis?**  *W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej należy wskazać wysokość otrzymanej pomoc de minimis.* | | | | NIE | | | | | | TAK  *(w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK proszę dodatkowo wypełnić poniższą tabelę)* | | | | | |
| 8 | **OŚWIADCZENIE O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS**  */wypełnićjeśli w pkt. 8 zaznaczono odpowiedź „TAK”/* | | | | | | | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Organ udzielający pomocy** | | | | **Podstawa prawna** | | **Dzień udzielenia pomocy** | | | | | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** | | | **Wartość pomocy w euro** |
| **1.** |  | | | |  | |  | | | | |  | | |  |
| **2.** |  | | | |  | |  | | | | |  | | |  |
| **3.** |  | | | |  | |  | | | | |  | | |  |
| **RAZEM OTRZYMANA POMOC DE MINIMIS** | | | | | | | | | | | | | | |  |
| *Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań, w związku z przepisem art. 75 § 2 kodeksu postępowania administracyjnego potwierdzam własnoręcznym podpisem wiarygodność i prawdziwość informacji.* | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Część III. LISTA KANDYDATÓW NA UCZESTNIKÓW PROJEKTU ODDELEGOWANYCH PRZEZ PRZEDSIĘBIORSTWO NA SZKOLENIE** | | | | | | |
| Lp. | Imię | Nazwisko | PESEL | Status pracownika | **Nazwa szkolenia**  /właściwe zaznaczyć „x”/ | |
| IT |  |
| 1. |  |  |  | pracownik operacyjny  kadra kierownicza |  |  |
| 2. |  |  |  | pracownik operacyjny  kadra kierownicza |  |  |
| 3. |  |  |  | pracownik operacyjny  kadra kierownicza |  |  |

**Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:**

*Deklaruję udział w projekcie pt. „INWENCJA II – Transfer wiedzy, technologii i innowacji wsparciem dla kluczowych specjalizacji świętokrzyskiej gospodarki i konkurencyjności przedsiębiorstw” współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Program Operacyjny Kapitał Ludziki, działanie 8.2. Transfer wiedzy, podziałanie 8.2.1. Wsparcie dla współpracy nauki i przedsiębiorstw, realizowanym przez Gminę Kielce/Kielecki Park Technologiczny (Parter Projektu) we współpracy ze Świętokrzyskim Centrum Innowacji i Transferu Technologii(Lider Projektu), Politechniką Świętokrzyską (Parter Projektu) oraz Uniwersytetem Jana Kochanowskiego (Parter Projektu).*

*Zapoznałam/em się z zasadami udziału w ww. projekcie zawartymi w Regulaminie Udziału w szkoleniach praktycznych z zakresu IT ukierunkowanych na wdrożenie innowacji w przedsiębiorstwach z województwa świętokrzyskiego, w ramach projektu „INWENCJA II – Transfer wiedzy, technologii i innowacji wsparciem dla kluczowych specjalizacji świętokrzyskiej gospodarki i konkurencyjności przedsiębiorstw” i zgodnie z jego wymogami Przedsiębiorstwo jest uprawnione do uczestnictwa w nim. Jednocześnie akceptuję wszystkie warunki Regulaminu.*

1. *Oświadczam, że reprezentowane przeze mnie przedsiębiorstwo posiada siedzibę, oddział lub filię i prowadzi działalność gospodarczą na terenie województwa świętokrzyskiego.*

*Oświadczam, iż przedsiębiorstwo i delegowaniu pracownicy spełniając kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie.*

1. *Zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.*
2. *Mamy świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane do Gmina Kielce/Kielecki Park Technologiczny stają się własnością Firmy i nie mam prawa żądać ich zwrotu.*
3. *Nasze przedsiębiorstwo jest uprawnione do korzystania z pomocy de minimis.*

*Zgłaszam wyżej wymienionych pracowników na kandydatów na uczestników projektu zgodnie z załączoną listą, których Przedsiębiorstwo deleguje na szkoleniew ramach w/w projektu.*

1. Uprzedzona/y o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane na temat Przedsiębiorstwa w niniejszym Zgłoszeniu Uczestnictwa są zgodne z prawdą.
2. *Nie prowadzi działalności w sektorze wykluczonym z możliwości uzyskania pomocy publicznej (Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1224/2013 z dnia 29 listopada 2013r. zmieniającego rozporządzenie (WE) nr 800/2008 uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne ze wspólnym rynkiem w zastosowaniu art. 87 i 88 Traktatu WE (ogólne rozporządzenie w sprawie wyłączeńblokowych),*
3. *Nie jest podmiotem, na którym ciąży obowiązek zwrotu pomocy, wynikający z decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem oraz wspólnym rynkiem (Ustawa z dn. 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej Dz. U. z 2007r., Nr 59, poz. 404),*
4. *W związku z przystąpieniem do w/w Projektu wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że:*
5. *administratorem tak zebranych danych osobowych jest Minister Rozwoju Regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa;*
6. *nasze dane osobowe będą przetwarzane i udostępnianeinnym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „INWENCJA II – Transfer wiedzy, technologii i innowacji wsparciem dla kluczowych specjalizacji świętokrzyskiej gospodarki i konkurencyjności przedsiębiorstw”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;*
7. *podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach w/w Projektu;*
8. *mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.*

………………………………………

*(miejscowość i data)*

……………………………………………………………

*(podpis i pieczęć osoby odpowiedzialnej za podejmowanie decyzji wiążących w imieniu Przedsiębiorstwa)*

1. Należy wpisać główny przedmiot działalności przedsiębiorstwa. [↑](#footnote-ref-1)
2. Obszar miejski – obszar położony w granicach administracyjnych miast. [↑](#footnote-ref-2)
3. Obszar wiejski – obszar położony poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska [leżąca poza miastem] gminy wiejsko-miejskiej. [↑](#footnote-ref-3)
4. Obszar miejski – obszar położony w granicach administracyjnych miast. [↑](#footnote-ref-4)
5. Obszar wiejski – obszar położony poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska [leżąca poza miastem] gminy wiejsko-miejskiej. [↑](#footnote-ref-5)