*Załącznik nr 2*

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

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE DLA SAMOZATRUDNIONYCH**

**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 innowacji wsparciem dla kluczowych specjalizacji świętokrzyskiej 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 | | | | |  | | | | | | | | | |
| Polska Klasyfikacja Działalności (PKD[[1]](#footnote-1)) | | | | |  | | | | | | | | | |
| 2 | **Dane osoby samozatrudnionej** | | Imię (imiona) | | | | |  | | | | | | | | | |
| Nazwisko | | | | |  | | | | | | | | | |
| Data i miejsce urodzenia | | | | |  | | | | | | | | | |
| PESEL | | | | |  | | | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy | | | | |  | | | | | | | | | |
| Adres e-mail | | | | |  | | | | | | | | | |
| Płeć | | | | | * kobieta | | | | | * mężczyzna | | | | |
| 3 | **Adres zamieszkania[[2]](#footnote-2) osoby samozatrudnionej** | | Miejscowość | | | | |  | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy | | | | |  | | | | | | | | | |
| Województwo | | | | |  | | | | | | | | | |
| Powiat | | | | |  | | | | | | | | | |
| Ulica | | | | |  | | | | | | | | | |
| Nr budynku | | | | |  | | | | | | | | | |
| Nr lokalu | | | | |  | | | | | | | | | |
| Obszar | | | | | * Obszar miejski[[3]](#footnote-3) | | | | | | * Obszar wiejski[[4]](#footnote-4) | | | |
| Województwo | | | | |  | | | | | | | | | |
| Powiat | | | | |  | | | | | | | | | |
| 4 | **Adres korespondencyjny**  **(jeżeli jest inny niż zamieszkania)** | | Miejscowość | | | | |  | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy | | | | |  | | | | | | | | | |
| Województwo | | | | |  | | | | | | | | | |
| Powiat | | | | |  | | | | | | | | | |
| Ulica | | | | |  | | | | | | | | | |
| Nr budynku | | | | |  | | | | | | | | | |
| Nr lokalu | | | | |  | | | | | | | | | |
| Obszar | | | | | * Obszar miejski[[5]](#footnote-5) | | | | | | | * Obszar wiejski[[6]](#footnote-6) | | |
| Województwo | | | | |  | | | | | | | | | |
| Powiat | | | | |  | | | | | | | | | |
| 5 | **Wykształcenie samozatrudnionego** | | | BRAK (brak formalnego wykształcenia)  PODSTAWOWE (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)  GIMNAZJALNE (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)  PONADGIMNAZJALNE (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)  POMATURALNE (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)  WYŻSZE (pełne i zakończone wykształcenie na poziomie wyższym) | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | **Branża przedsiębiorstwa**  /dotyczy jeśli firma działa w wymienionych branżach/  *Zgodnie z kluczowymi specjalizacjami Woj. Świętokrzyskiego i strategii opracowanych w projekcie KRĘGI (dokument „Innowacyjne specjalizacje województwa świętokrzyskiego”)*  **Branża podlega weryfikacji w procesie rekrutacji. Branża zgodna z wykazem jest branżą preferowaną.** | | | | | | | | | * Efektywne wykorzystanie energii * Turystyka medyczna * Branża targowo-kongresowa * Transfer wiedzy * Wzornictwo | | | | | | | |
| 7 | **WARUNEK KONIECZNY W PROCESIE REKRUTACJI**  Uzasadnienie przedsiębiorcy dotyczące planowanego *(wdrażanego nie dłużej niż 6 miesięcy)* bądź **wdrażanego 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 wdrożenia ………………………………………..……. | | | | | | | | | | Planowany termin zakończenia wdrożenia  ……………………… |
| dopiero planuje wdrożenie  Planowany termin rozpoczęcia wdrożenia  ………………………………………..…… | | | | | | | | | |
| 8 | **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)* | | | | | |
| 9 | **OŚWIADCZENIE O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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.* | | | | | | | | | | | | | | | | |

**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 przedsiębiorstw spełnia 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. *Mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane do Gmina Kielce/Kielecki Park Technologiczny stają się własnością Firmy i nie mam prawa żądać ich zwrotu.*
3. *Moje przedsiębiorstwo jest uprawnione do korzystania z pomocy de minimis.*

*Zgłaszam siebie jako osobę samozatrudnioną na kandydata na uczestnika 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 (WE) nr 800/2008 z dnia 6 sierpnia 2008 r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne ze wspólnym rynkiem w zastosowaniu art. 87 i 88 Traktatu WE (ogólne rozporządzenie w sprawie wyłączeń blokowych),*
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. *Sytuacja finansowa reprezentowanego przeze mnie przedsiębiorstwa nie uległa zmianie w stosunku do informacji zawartych w formularzu i sprawozdaniach finansowych przedstawianych przy ubieganiu się o udział w projekcie.*
5. *W związku z przystąpieniem do w/w Projektu wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że:*
6. *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;*
7. *nasze dane osobowe będą przetwarzane i udostępniane innym 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;*
8. *podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach w/w Projektu;*
9. *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. Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. [↑](#footnote-ref-2)
3. Obszar miejski – obszar położony w granicach administracyjnych miast. [↑](#footnote-ref-3)
4. Obszar wiejski – obszar położony poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska [leżąca poza miastem] gminy wiejsko-miejskiej. [↑](#footnote-ref-4)
5. Obszar miejski – obszar położony w granicach administracyjnych miast. [↑](#footnote-ref-5)
6. Obszar wiejski – obszar położony poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska [leżąca poza miastem] gminy wiejsko-miejskiej. [↑](#footnote-ref-6)