



Potwierdzenie wpływu dokumentów	_____ (data i podpis pracownika Beneficjenta)
------------------------------------	--

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY (PRACODAWCA)

do projektu „Wiek nowych możliwości” nr RPMP.08.06.01-12-0104/19  
realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego  
Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020

**UWAGA! Przed rozpoczęciem wypełniania formularza zgłoszeniowego należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „Wiek nowych możliwości”. Formularz należy wypełnić w sposób czytelny (wszystkie białe pola). Przyjmowane będą jedynie kompletnie i poprawnie wypełnione formularze.**

Dane podstawowe											
Nazwa instytucji											
NIP	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
Typ instytucji	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> instytut naukowo-badawczy</li> <li><input type="checkbox"/> jednostka administracji rządowej</li> <li><input type="checkbox"/> jednostka samorządu terytorialnego</li> <li><input type="checkbox"/> organizacja pozarządowa</li> <li><input type="checkbox"/> organizacja pracodawców</li> <li><input type="checkbox"/> ośrodek wsparcia ekonomii społecznej</li> <li><input type="checkbox"/> placówka systemu oświaty, w tym <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> centrum kształcenia praktycznego/ zawodowego/ ustawicznego</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> podmiot ekonomii społecznej, w tym <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> przedsiębiorstwo społeczne</li> <li><input type="radio"/> podmiot reintegracyjny (WTZ, ZAZ, CIS, KIS)</li> <li><input type="radio"/> podmiot sfery gospodarczej</li> <li><input type="radio"/> podmiot działający w sferze pożytku publicznego</li> <li><input type="radio"/> inne .....</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> podmiot wykonujący działalność leczniczą</li> <li><input type="checkbox"/> prokuratura</li> <li><input type="checkbox"/> przedsiębiorstwo, w tym <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> mikroprzedsiębiorstwo</li> <li><input type="radio"/> małe przedsiębiorstwo</li> </ul> </li> </ul>										



	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> średnie przedsiębiorstwo</li> <li><input type="radio"/> duże przedsiębiorstwo</li> <li><input type="checkbox"/> instytucja rynku pracy</li> <li><input type="checkbox"/> sądy powszechne</li> <li><input type="checkbox"/> szkoły, w tym             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> szkoła artystyczna (w tym ogólnokształcąca szkoła muzyczna)</li> <li><input type="radio"/> szkoła branżowa I stopnia</li> <li><input type="radio"/> szkoła branżowa II stopnia</li> <li><input type="radio"/> gimnazjum</li> <li><input type="radio"/> liceum ogólnokształcące</li> <li><input type="radio"/> ośrodek wychowania przedszkolnego</li> <li><input type="radio"/> szkoła podstawowa</li> <li><input type="radio"/> szkoła policealna</li> <li><input type="radio"/> szkoła specjalna przysposabiająca do pracy</li> <li><input type="radio"/> technikum</li> <li><input type="radio"/> zasadnicza szkoła zawodowa</li> <li><input type="radio"/> inne .....</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> uczelnia lub jednostka organizacyjna uczelni</li> <li><input type="checkbox"/> związek zawodowy</li> <li><input type="checkbox"/> inne .....</li> </ul>
--	---

**Dane teleadresowe**  
**(siedziby, filii, delegatury lub jednostki organizacyjnej na terenie województwa małopolskiego)**

Ulica, numer domu/ numer lokalu			
Kod pocztowy		Miejscowość	
Gmina		Powiat	
Województwo		DEGURBA (wypełnia osoba przyjmująca dokumenty)	
Telefon			
E-mail			





Zgłaszam do udziału w szkoleniu następujących pracowników (min. 2, maks. 6)		
Lp.	Nazwisko i imię	Dodatkowe informacje
1		<input type="checkbox"/> Osoba powyżej 50 roku życia <input type="checkbox"/> Osoba z kadry zarządzającej <sup>1</sup>
2		<input type="checkbox"/> Osoba powyżej 50 roku życia <input type="checkbox"/> Osoba z kadry zarządzającej
3		<input type="checkbox"/> Osoba powyżej 50 roku życia <input type="checkbox"/> Osoba z kadry zarządzającej
4		<input type="checkbox"/> Osoba powyżej 50 roku życia <input type="checkbox"/> Osoba z kadry zarządzającej
5		<input type="checkbox"/> Osoba powyżej 50 roku życia <input type="checkbox"/> Osoba z kadry zarządzającej
6		<input type="checkbox"/> Osoba powyżej 50 roku życia <input type="checkbox"/> Osoba z kadry zarządzającej
W/w oddelegowane osoby spełniają warunki uczestnictwa w projekcie		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Pracodawca jest uczestnikiem innego projektu realizowanego w tym samym czasie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020, w którym przewidziane formy wsparcia są tego samego rodzaju lub zmierzają do tego samego celu/korzyści		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
OŚWIADCZENIA		
<p>1. Zapoznałem/-am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w projekcie „<b>Wiek nowych możliwości</b>” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa oraz akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu.</p> <p>2. Pracodawca spełnia wszystkie określone w przepisach prawa warunki otrzymania pomocy de minimis.</p> <p>3. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 - 2020.</p> <p>4. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu.</p>		

<sup>1</sup> Osoba z kadry zarządzającej – właściciel/ka firmy, kadra menadżerska, dyrektorzy/ki, kierownicy/czki, pracownicy/czki działu HR



***Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje na podstawie krajowych rejestrów pod względem ich zgodności z prawdą.***

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania pracodawcy