…………………………………………………

nazwa/pieczęć Wnioskodawcy

**WNIOSEK PRACODAWCY O SUBSYDIOWANE ZATRUDNIENIE**

w ramach projektu pt. *„Praca kluczem do sukcesu ”*, nr umowy RPDS.09.01.01-02-0030/19-00, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego

Województwa Dolnośląskiego 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Oś priorytetowa:9 Włączenie społeczne, Działanie 9.1 Aktywna integracja, Poddziałanie 9.1.1 Aktywna integracja – konkursy horyzontalne

**I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.Nazwa przedsiębiorstwa:** |  |
| **2. Adres siedziby przedsiębiorstwa:** |  |
| **3. Adres miejsca wykonywania pracy na refundowanym stanowisku pracy:** |  |
| **4. Osoba do kontaktu:** |  |
| **5. Telefon, fax, e-mail** |  |
| **6. NIP** |  |
| **7. REGON** |  |
| **8. Numer PKD główne**   1. **Numer PKD na które ma zostać udzielona pomoc de minimis** | -  - |
| **8a. Rodzaj działalności – szczegółowy opis czym zajmuje się przedsiębiorstwo – profil działalności** |  |
| **9. Forma prawna** |  |
| **10. Forma opodatkowania** | **□ jestem\*** podatnikiem podatku VAT zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług  **□ skorzystam z prawa obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego oraz z prawa do zwrotu**  **□ nie skorzystam z prawa obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego oraz z prawa do zwrotu**  **□ nie jestem\*** podatnikiem podatku VAT i nie przysługuje mi prawo do obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego zawartego w wykazywanych wydatkach lub prawo do zwrotu podatku naliczonego **\*** (zakreślić właściwe) |
| **11. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej** |  |
| **12. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania przedsiębiorcy** |  |
| **13. Wielkość przedsiębiorstwa 1** | **□** mikroprzedsiębiorstwo**\***  **□** małe przedsiębiorstwo**\***  **□** średnie przedsiębiorstwo**\***  **\*** (zakreślić właściwe) |
| **14. Numer rachunku bankowego** |  |
| **15. Stopa procentowa ubezpieczenia wypadkowego** |  |

1 Przedsiębiorstwo rozumiane jako: podmiot prowadzący działalność gospodarczą bez względu na jego formę prawną oraz źródła finansowania (orzeczenie Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości w sprawie C-41/90 Höfner i Elser przeciwko Macrotron GmbH, Zb. Orz. TS 1991, s. I-1979). Zalicza się tu w szczególności osoby prowadzące działalność na własny rachunek oraz firmy rodzinne zajmujące się rzemiosłem lub inna działalnością, a także spółki lub stowarzyszenia prowadzące regularną działalność gospodarczą. Mogą to być również podmioty nienastawione na zysk (non-profit organisation - np. orzeczenie z dnia 21 września 1999 r. w sprawie Albany, sprawa C-67/96, Zb. Orz. TS 1999, s. I-5751). Przez  działalność gospodarczą rozumie się natomiast działalność polegającą na oferowaniu towarów i/lub usług na określonym rynku, tj. działalność produkcyjną, dystrybucyjną i usługową, co zostało potwierdzone w orzeczeniach Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej (np.sprawa  C-309/9,  J. C. J. Wouters, J. W. Savelbergh i PriceWaterhouseBelastingadviseurs BV przeciwko AlgemeneRaad van de NederlandseOrde van Advocaten). W świetle orzeczeń Trybunału Sprawiedliwości, za przedsiębiorstwa zostały uznane różnego rodzaju spółki handlowe, jak i wolne zawody (B. Kurcz, *Komentarz do art. 107 TFUE*[w:] (red.) K. Kowalik-Bańczyk, M. Szwarc-Kurczer, A. Wróbel, *Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Komentarz.*tom II, WKP 2012);

Zgodnie z ustawą z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2007 r. Nr 155, poz. 1095 z późn. zm.) za:

* **mikroprzedsiębiorcę** uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczających w złotych 2 milionów euro lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro,
* **małego przedsiębiorcę** uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczających w złotych 10 milionów euro lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro,
* **średniego przedsiębiorcę** uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczających w złotych 50 milionów euro lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro.

1. **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI SUBSYDIOWANEGO ZATRUDNIENIA:** 
   1. Stan zatrudnienia w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku kształtował się następująco:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rok/miesiąc** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Średnioroczne zatrudnienie** |
| **Liczba zatrudnionych pracowników na umowę o pracę w przeliczeniu na**  **pełne etaty[[1]](#footnote-1)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 1. Średni stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełne etaty z okresu ostatnich 12 miesięcy przed złożeniem wniosku wynosi ……………….. osób.
  2. Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełne etaty wynosi ……………..osób.
  3. W sytuacji zmniejszenia stanu zatrudnienia w okresie ostatnich 12 m-cy podać przyczyny spadku zatrudnienia,   
     w tym (podać liczbę osób):
     + dobrowolne rozwiązanie stosunku pracy przez pracownika ……………………………………………………………. - dobrowolnego zmniejszenie wymiaru czasu pracy   
       z inicjatywy pracownika …………………………………….
     + przejście na emeryturę lub rentę z tytułu niezdolności do pracy …………………………………………………… . - rozwiązanie stosunku pracy w przypadku naruszenia przez pracownika obowiązków pracowniczych

.................................................................................................................................................................

* + - redukcja etatów ……………………………………………………………………………………………………
    - inne (podać jakie)…………………………………………………………………………………………………………
  1. Liczba miejsc pracy proponowanych do zatrudnienia w ramach subsydiowanego zatrudnienia

……………………………………………………………………………………………………Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowaną/e Uczestnika/ów projektu:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nazwa stanowiska | Rodzaj wykonywanej pracy | Zmianowość | Branża |
| **Pracownik 1** |  |  |  |  |
| **Pracownik 2** |  |  |  |  |

* 1. Wymagania wobec skierowanego/ych Uczestnika/ów projektu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa stanowiska  (zgodnie z klasyfikacją  zawodów) | Wymogi |
| 1. |  | Wymagane kwalifikacje: |
| Umiejętności i doświadczenie zawodowe: |
| 2. |  | Wymagane kwalifikacje: |
| Umiejętności i doświadczenie zawodowe: |

1. Miejsce odbywania subsydiowanego zatrudnienia

…………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………

**Oświadczam, że:**

* 1. **W dniu złożenia wniosku nie zalegam z wypłaceniem w terminie wynagrodzeń pracownikom,   
     z opłaceniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z opłacaniem w terminie innych danin publicznych oraz nie posiadam zadłużenia w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych.**
  2. **Nie zmniejszałem/am wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiązywałem/am stosunku pracy   
     z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez pracodawcę albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.**
  3. **Nie zmniejszę wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiążę stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez pracodawcę w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.**
  4. **Prowadzę działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia formularza, przy czym do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej.**
  5. **Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.**
  6. **Nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,   
     w tym nie istnieją przeciwko wnioskodawcy żadne roszczenia osób trzecich oraz nie jest prowadzona egzekucja sądowa czy administracyjna.**
  7. **Znam i spełniam warunki dotyczące przyznawania refundacji, określone w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis ( Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1) i wiem że jest udzielana zgodnie z przepisami tego rozporządzenia.**
  8. **Nie byłem karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002 roku o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.**
  9. **Nie jestem przedsiębiorstwem/podmiotem, na którym ciąży obowiązek zwrotu pomocy, wynikający   
     z decyzji Komisji Europejskiej, uznającej pomoc za niezgodną z prawem lub ze wspólnym rynkiem (rynkiem wewnętrznym) – zgodnie z art. 25 ust. 3 ustawy z 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu   
     w sprawach dotyczących pomocy publicznej Dz. U. z 2007 r., Nr 59, poz. 404, z późn. zm.).**
  10. **Nie podlegam karze zakazu dostępu do środków, na podstawie ustawy z dnia 15.06.2012 r., o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2012 r. poz. 769), o których mowa w art. 5 ust.3 pkt 1 i 4 z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1870 z późn. zm.).**
  11. **Nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.**
  12. **Zobowiązuję się do informowania o wypadkach wcześniejszego rozwiązania umowy o pracę   
      z zatrudnionym w ramach projektu pracownikiem.**
  13. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z realizacją projektu „Praca kluczem do sukcesu”. Zostałem poinformowany o zasadach przetwarzania moich danych osobowych, m.in.: o przysługującym mi prawie wglądu i poprawianiu moich danych osobowych (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych).**
  14. **Utworzone miejsce pracy stanowi wzrost netto liczby zatrudnionych pracowników w porównaniu ze średnią z ostatnich 12 miesięcy, a w przypadku gdy utworzone miejsce pracy nie stanowi wzrostu netto liczby pracowników zatrudnionych, utworzone miejsce pracy zostało zwolnione w następstwie dobrowolnego rozwiązania stosunku pracy, przejścia na rentę z tytułu niezdolności do pracy, przejścia na emeryturę z tytułu osiągnięcia wieku emerytalnego, dobrowolnego zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub rozwiązania stosunku pracy z powodu naruszenia przez pracownika obowiązków pracowniczych.**
  15. **Na utworzone w ramach subsydiowanego zatrudnienia miejsce/a pracy nie otrzymałem/am dofinansowania z innych źródeł.**
  16. **Nie znajduję się w trudnej sytuacji ekonomicznej, w rozumieniu Komunikatu Komisji – Wytyczne wspólnotowe dotyczące pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE C 244 z 01.10.2004, str. 2) w związkuz komunikatem Komisji dotyczącym przedłużenia okresu ważności Wytycznych wspólnotowych dotyczących pomocy państwa w celu ratowaniu i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE C 156 z 09.07.2009, str. 3).**
  17. **Zostałem poinformowany iż pomoc publiczna jest udzielana zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 2 lipca 2015 r. w sprawie udzielania pomocy de minimis oraz pomocy publicznej w ramach programów operacyjnych finansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014–2020, (Dz.U. 2015 nr 0 poz. 1073) oraz że spełniam wymogi/warunki dotyczących udzielenia pomocy publicznej określone w w/w rozporządzeniu.**
  18. **Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że reprezentowane przeze mnie jedno przedsiębiorstwo w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających go latach podatkowych nie otrzymało pomocy de minimis z różnych źródeł i w różnych formach, której wartość brutto łącznie   
      z pomocą, o którą się ubiega, przekracza równowartość w złotych kwoty 200 000 euro, a w przypadku jednego przedsiębiorstwa prowadzącego działalność w sektorze transportu drogowego towarów równowartość w złotych kwoty 100 000 euro, obliczonych według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski, obowiązującego w dniu udzielenia pomocy.**
  19. **Jest mi wiadome, że przyznane środki stanowią pomoc de minimis i oświadczam, że spełniam warunki   
      o których mowa w: rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z dn. 24.12.2013 r., str. 1) oraz w Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 02.07.2015 w sprawie udzielania pomocy de minimis oraz pomocy publicznej w ramach programów operacyjnych finansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014–2020, (Dz.U. 2015 nr 0 poz. 1073).**
  20. **Spełniam/nie spełniam\* warunki określone w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis /Dz. UE L 352/1 z 24.12.2013/.**
  21. **Otrzymałem/nie otrzymałem\* pomoc przeznaczoną na te same koszty kwalifikowane, na pokrycie których ubiegam się o pomoc de minimis.**
  22. **Nie byłem w okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy i nie jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy (art. 36 ust. 5f ustawy o promocji zatrudnienie i instytucjach rynku pracy);**

………………………………………….. ……………………………………………………..…

*data, miejscowość pieczątka i podpis osoby lub osób uprawnionych*

*do reprezentowania*

**Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y, że po zatwierdzeniu wniosku pracodawcy o subsydiowane zatrudnienie oraz zawarciu umowy o subsydiowane zatrudnienie zobowiązuję się do zatrudnienia skierowanego Uczestnika projektu i utrzymania stanowiska pracy przez łączny okres min. 7 miesięcy.**

**Kryteria premiujące:**

**1. Deklaruję przedstawienie oferty pracy oraz zatrudnienie Uczestnika/Pracownika po okresie 6 m-cy w pełnym wymiarze:**

□ na 2 m-c – 10 pkt.

□ na 3 m-ce i więcej 20 pkt.

**2 Deklaruję zatrudnienie Uczestnika/Pracownika o statusie osoby z niepełnosprawnością:**

□ TAK, deklaruję zatrudnienie 1 osoby o statusie osoby z niepełnosprawnością, - 10 pkt.

□ TAK, deklaruję zatrudnienie 2 osób o statusie osoby z niepełnosprawnością, - 15 pkt.

□ TAK, deklaruję zatrudnienie 3 osób o statusie osoby z niepełnosprawnością – 20 pkt.

**3. Deklaruję zatrudnienie Uczestnika/Pracownika w Podmiocie Ekonomii Społecznej w trakcie trwania zatrudnienia subsydiowanego lub po zakończeniu wsparcia w ramach zatrudnienia subsydiowanego:**

□ TAK – 30 pkt.

□ **NIE**

**4. Deklaruję, że miejsce pracy/miejsca zostanie/ą utworzone dla Uczestnika/Pracownika zamieszkałego/ych  na terenie objętym zatwierdzonym programem rewitalizacji (Przedmiotowy wykaz udostępniany jest na stronie**[**www.rpo.dolnyslask.pl**](http://www.rpo.dolnyslask.pl/)**)\_**

□ 1 uczestnika/Pracownika zamieszkałego  na terenie objętym zatwierdzonym programem rewitalizacji

**– 10 pkt**

□ 2 uczestników/Pracowników zamieszkałych na terenie objętym zatwierdzonym programem rewitalizacji

**– 20 pkt**

□ 3 uczestników/Pracowników zamieszkałych na terenie objętym zatwierdzonym programem rewitalizacji

**– 30 pkt**

**OD NEGATYWNEGO ROZPATRZENIA WNIOSKU NIE PRZYSŁUGUJE ODWOŁANIE.**

**Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z postanowień art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą i potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

………………………………………….. ……………………..…………………………………

*data, miejscowość pieczątka i podpis osoby lub osób uprawnionych*

*do reprezentowania*

**1.Załączniki do wniosku:**

1. Wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub odpis z Krajowego Rejestru Sądowego – określający rodzaj, zakres działalności i organy lub osoby upoważnione do występowania w imieniu wnioskodawcy – aktualny do 3 miesięcy;
2. Kserokopia umowy spółki w przypadku spółek cywilnych;
3. Oświadczenie Wnioskodawcy o niezaleganiu z odprowadzaniem składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy i Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz zobowiązań podatkowych –załącznik nr 1[[2]](#footnote-2)
4. Oświadczenie o otrzymaniu/nieotrzymaniu pomocy de minimis w ciągu 3 kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku - załącznik nr 2
5. Oświadczenie RODO – załącznik nr 3
6. Formularz informacji składanej przez pracodawcę ubiegającego się o pomoc de minimis - załącznik nr 4
7. Oświadczenie Pracodawcy – w przypadku gdy o pomoc de minimis ubiega się Podmiot Ekonomii Społecznej/Przedsiębiorstwo Społeczne – załącznik nr 5

**Wymienione załączniki są niezbędne do pozytywnego rozpatrzenia wniosku. Wnioski niekompletne, złożone bez wymaganych załączników nie będą rozpatrywane.**

**Załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**

Oświadczam, że:

1. Nie zalegam z odprowadzaniem składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i Fundusz Emerytur Pomostowych.
2. Nie zalegam z opłatami z tytułu zobowiązań podatkowych.

………..................................... ……….........................................................................

*data, miejscowość pieczątka i podpis osoby lub osób uprawnionych   
 do reprezentowania*

**Załącznik nr 2**

………………, dnia …………………….

**OŚWIADCZENIE PODMIOTU PROWADZĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ**

Zgodnie z art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 362.) składam oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis.

Oświadczam, iż w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe wnioskodawca:

…………………………………………………………………………………………………

(nazwa pracodawcy i adres siedziby)

**Otrzymał/nie otrzymał\*** pomocy de minimis w kwocie ……..……………. zł, stanowiącej równowartość ……………………… euro, ( na dzień …………………...) zgodnie z poniższym zestawieniem:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Organ udzielający pomoc | Podstawa prawna | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy  w EURO | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | |  |  |

\*niewłaściwe skreślić

* 1. Oświadczam, iż przyznanie nowej pomocy **nie spowoduje** przekroczenia pułapu 200 000 EURO, a w przypadku transportu nie przekroczy 100 000 EURO.

…………………….……………………………………

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

**Załącznik nr 3**

**Oświadczenie RODO**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/79 z dnia 27 kwietnia 2016 r.  w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO)oraz w związku z realizacją/przystąpieniem do projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020 pn: „Praca kluczem do sukcesu ” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych jest:

* w odniesieniu do zbioru: Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020 - Marszałek Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu, Wybrzeże J. Słowackiego 12-14, 50-411 Wrocław;
* w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa

1. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:

* Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020, e-mail [inspektor@umwd.pl](mailto:);
* Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, e-mail [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl);

1. Moje dane osobowe przetwarzane są/będą w celu realizacji projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WD 2014 – 2020, a także w celach związanych z odzyskiwaniem środków, celach archiwalnych oraz statystycznych;
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. b) i c)oraz art. 9 ust. 2 lit. a)ogólnego rozporządzenia o ochronie danych RODO;
3. W zakresie zbioru „Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020” moje dane osobowe są przetwarzane na podstawie wyrażonej przeze mnie zgody na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych.W zakresie zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie:

* rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia   
  17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
* rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia   
  17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
* ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
* rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.

1. Odbiorcami moich danych osobowych będą: Instytucja PośredniczącaRPO WD 2014 – 2020, Beneficjent, Partner (jeśli dotyczy) oraz podmioty, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom lub specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej RPO WD 2014 – 2020, Instytucji PośredniczącejRPO WD 2014 – 2020 lub beneficjentabadania ewaluacyjne, kontrole i audyt w ramach RPO WD 2014 – 2020;
2. Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny na potrzeby rozliczenia projektu, na potrzeby rozliczenia i zamknięcia RPO WD 2014 – 2020 oraz do czasu zakończenia archiwizowania dokumentacji;
3. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu. W zakresie danych szczególnych kategorii (o których mowa w art. 9 RODO), mam prawo odmowy ich podania, jednakże odmowa podania informacji dotyczących tych danych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie;
4. Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu. W tym przypadku nie ma zastosowania prawo do usunięcia danych, ponieważ przetwarzanie moich danych jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii oraz prawa państwa członkowskiego, któremu podlegają Administratorzy;
5. Mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy uznam, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO;
6. Moje dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
7. Moje dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również w formie profilowania.

……………………………………… …………………………………………………………..

Miejscowość, dnia podpis

\*podkreślić właściwe

**Załącznik nr 5**

**OŚWIADCZENIE DLA PODMIOTÓW EKONOMII SPOŁECZNEJ/PRZEDSIĘBIORSTW SPOŁECZNYCH**

Ja niżej podpisany/-a

………………………………………………………………………………………………..

działając w imieniu

…………………………………………………………………………………………………

(Nazwa Pracodawcy/instytucji i adres siedziby)

oświadczam, że jako przedsiębiorca ubiegający się o pomoc de minimis przeznaczoną na subsydiowanie zatrudnienie pracowników wpisuję się w definicję prowadzenia działalności gospodarczej w rozumieniu art. 1 załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 roku uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014 r.).

….…………………………. ……………………………………..…….   
 Miejscowość i data Pieczątka i podpis Pracodawcy

1. Po przeliczeniu osób niepełnozatrudnionych na pełne etaty (przy obliczaniu średniorocznego zatrudnienia nie uwzględnia się pracowników przebywających na urlopach macierzyńskich , wychowawczych, bezpłatnych , pracowników młodocianych zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego, osób wykonujących pracę nakładczą, osób odbywających zasadniczą służbę wojskową oraz osób zatrudnionych na podstawie umowy zlecenie i umowy o dzieło) [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku gdy procedura uzyskania zaświadczenia przekroczy terminu składania wniosku dopuszczalne jest złożenie oświadczenia . Zaświadczenie konieczne będzie do podpisania umowy. [↑](#footnote-ref-2)