Załącznik nr 1

*wypełnia realizator projektu*

|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu |  |
| Nr ewidencyjny |  |

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA PODMIOTU/INSTYTUCJI/

# PODMIOTU EKONOMII SPOŁECZNEJ

do projektu *„SZOWES - OWES w regionie stargardzkim/ szczecineckim/ koszalińskim*\*”

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz z budżetu państwa

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa podmiotu/instytucji/podmiotu ekonomii społecznej |  | |
| 2 | NIP |  | |
| 3 | REGON |  | |
| 4 | NR KRS |  | |
| 5 | Data zarejestrowania | ……./……./…………… r. | |
| 6 | Adres siedziby  [Ulica, Nr budynku, Nr lokalu  Kod pocztowy, Miejscowość] |  | |
| Siedziba zlokalizowana jest na obszarze rewitalizacji zgodnie z przyjętym Lokalnym/ Gminnym Programem Rewitalizacji | * tak * nie | |
| 7 | Kraj / Województwo /  Powiat/Gmina | Polska / Zachodniopomorskie / ………….. / ………….. | |
| 8 | Osoba do kontaktu |  | |
| 9 | Telefon kontaktowy |  | |
| 10 | Adres poczty elektronicznej  (e-mail) |  | |
| 11 | Obszar | * miejski (teren położony w granicach administracyjnych miasta) * wiejski (teren położony poza granicami administracyjnymi miast) | |
| 12 | Typ podmiotu/ instytucji/podmiotu ekonomii społecznej | * instytut naukowo badawczy * jednostka administracji rządowej * jednostka samorządu terytorialnego (bez szkół i placówek oświatowych) * organizacja pozarządowa * organizacja pracodawców * ośrodek wsparcia ekonomii społecznej * placówka systemu oświaty * podmiot ekonomii społecznej * podmiot wykonujący działalność leczniczą * prokuratura * przedsiębiorstwo, w tym spółdzielnia socjalna * instytucja rynku pracy * sądy powszechne * szkoła * uczelnia lub jednostka organizacyjna uczelni * związek zawodowy * inne …………………………………………………………... | |
| 13 | Czy podmiot posiada status OPP (1%) | * Tak | * Nie |
| 14 | Czy podmiot prowadzi odpłatną działalność pożytku publicznego | * Tak   [proszę dołączyć bilans, rachunek zysków i strat, informację dodatkową z ostatnich 3 lat] | * Nie |
| 15 | Czy podmiot prowadzi działalność gospodarczą | * Tak   [proszę dołączyć bilans, rachunek zysków i strat, informację dodatkową z ostatnich 3 lat] | * Nie |
| 16 | Czy podmiot otrzymał w ciągu ostatnich 3 lat pomoc de minimis | * Tak   [proszę dołączyć kserokopię zaświadczenia/ zaświadczeń] | * Nie |
| Data i podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  do reprezentowania podmiotu/ instytucji: | | Data ……./……/……………  ………………………………………………………………….  podpis/y | |

|  |
| --- |
| OŚWIADCZENIA  * Oświadczam/my, że zostałem/am/aliśmy poinformowani, iż otrzymane wsparcie dla naszego podmiotu, w ramach realizacji projektu „SZOWES - OWES w regionie stargardzkim/ szczecineckim/ koszalińskim\*”, przekazywane jest w formie pomocy de minimis i potwierdzone stosownym zaświadczeniem. * Ja niżej podpisany/a potwierdzam prawdziwość podanych przeze mnie danych zawartych w niniejszym dokumencie, jak również w innych dokumentach dotyczących Projektu i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach. Jednocześnie jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z przepisów z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy, w związku z art. 75 § 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego i oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą. * Oświadczam/my, że reprezentowany/a przeze mnie podmiot/instytucja spełnia kryteria kwalifikowalności pozwalające na udział w Projekcie oraz zapoznałem/am się z Regulaminem Sieci Zachodniopomorskiej Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej i przyjmuje jego warunki bez zastrzeżeń.     Miejscowość, data Czytelny podpis oraz pieczęć osoby/osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu/instytucji |

Do formularza należy załączyć:

1a Deklarację uczestnictwa w projekcie “SZOWES - OWES w regionie stargardzkim/ szczecineckim/ koszalińskim\*”;

1b Statut organizacji;

1c Oświadczenie o braku obowiązku zwrotu pomocy w wyniku decyzji podjętej przez Komisję Europejską.

1d Oświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej w rozumieniu unijnego prawa konkurencji (dotyczy podmiotów prowadzących odpłatną działalność pożytku publicznego);

1e Sprawozdanie finansowe i merytoryczne za okres 3 ostatnich lat obrotowych, sporządzane zgodnie z przepisami o rachunkowości (jeśli dotyczy);

1f Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis, zgodnie ze wzorem zawartym w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010, Dz. U. 2010, Nr 53, poz. 311 (jeśli dotyczy).

1g Oświadczenie o wysokości otrzymanej pomocy de minimis w bieżącym roku kalendarzowym oraz w 2 latach poprzedzających.

1h Informacja dla podmiotów/ instytucji ukierunkowanych na założenie i prowadzenie przedsiębiorstwa społecznego/ przekształcenie w przedsiębiorstwo społeczne (jeśli dotyczy)

1i Deklaracja zawiązania grupy inicjatywnej na rzecz założenia i prowadzenia przedsiębiorstwa społecznego (jeśli dotyczy).

1j Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

\*niewłaściwe skreślić

Załącznik nr 1a

# DEKLARACJA UCZESTNICTWA PODMIOTU / INSTYTUCJI W PROJEKCIE

Jako osoba/y uprawniona/ne do reprezentowania podmiotu/instytucji:

[nazwa podmiotu, adres / siedziba podmiotu]

1. deklaruję/my uczestnictwo w projekcie „SZOWES - OWES w regionie stargardzkim/ szczecineckim/ koszalińskim\*” realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Działanie 7.3.
2. deklaruję/my, że w wyniku działań prowadzonych w ramach wspomnianego projektu planuję/my podjąć kroki w celu utworzenia przedsiębiorstwa społecznego / podmiotu ekonomii społecznej / rozwoju podmiotu ekonomii społecznej / rozwoju sektora ekonomii społecznej w regionie *(niepotrzebne skreślić).*
3. Zobowiązuję/my się do:

* udziału w przeprowadzonej diagnozie potrzeb, mającej na celu opracowanie indywidualnej ścieżki wsparcia w ramach Sieci Zachodniopomorskiej Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej,
* regularnego uczestnictwa w proponowanym wsparciu, w tym w spotkaniach, zajęciach szkoleniowych, doradczych zgodnie z wyznaczoną ścieżką wsparcia,
* wypełniania dokumentów związanych z realizacją działań projektowych oraz ankiet niezbędnych w procesie monitorowania projektu,
* udziału w badaniu ewaluacyjnym w trakcie i po zakończeniu realizacji projektu,
* informowania o efektach osiągniętych po zakończeniu realizacji projektu, związanych bezpośrednio z udzielonym wsparciem.

1. zostałam/em/liśmy poinformowana/y, że przysługuje mi/nam bezpłatne wsparcie, w tym:

* szkolenia (podstawowe / specjalistyczne / eksperckie / branżowe) i materiały szkoleniowe,
* wsparcie doradcze (podstawowe / specjalistyczne / biznesowe) i animacyjne,
* poczęstunek w trakcie udzielania wsparcia szkoleniowego / animacyjnego / doradczego,
* inne - zgodnie z ofertą Sieci Zachodniopomorskich Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej.

Miejscowość, data Czytelny podpis oraz pieczęć osoby/osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu/instytucji

\*niewłaściwe skreślić

Załącznik nr 1c

# OŚWIADCZENIE O BRAKU OBOWIĄZKU ZWROTU POMOCY

# W WYNIKU DECYZJI PODJĘTEJ PRZEZ KOMISJĘ EUROPEJSKĄ

W związku z ubieganiem się przez przedsiębiorstwo o udział w projekcie pn. „SZOWES – OWES w regionie stargardzkim, w regionie szczecineckim, w regionie koszalińskim\*”, oświadczam/my, że na przedsiębiorstwie nie ciąży obowiązek zwrotu pomocy[[1]](#footnote-1) wynikający z wcześniejszej decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.

Ja/My, niżej podpisany/a/ni, jestem/jesteśmy świadom/a/mi odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Miejscowość, data Czytelny podpis oraz pieczęć osoby/osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu/instytucji

Załącznik nr 1d

# OŚWIADCZENIE O PROWADZENIU DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ W ROZUMIENIU UNIJNEGO PRAWA KONKURENCJI

*(wypełniają podmioty prowadzące odpłatną działalność pożytku publicznego)*

W związku z art. 2 ust. 16, 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U z 2004 r. Nr 123, poz. 1291 z późn. zm.), oświadczam/my, iż:

[nazwa podmiotu, adres / siedziba podmiotu ubiegającego się o pomoc de minimis]

jest przedsiębiorstwem i prowadzi działalność gospodarczą rozumianą według unijnego prawa konkurencji w formie odpłatnej działalności pożytku publicznego.

Miejscowość, data Czytelny podpis oraz pieczęć osoby/osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu/instytucji

Załącznik nr 1g

# OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI OTRZYMANEJ POMOCY *DE MINIMIS[[2]](#footnote-2) [1]* W BIEŻĄCYM ROKU KALENDARZOWYM ORAZ W 2 LATACH POPRZEDZAJĄCYCH

W związku z art. 37 ust.1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U z 2004 r. Nr 123, poz. 1291z późn. zm), oświadczam, iż:

[nazwa podmiotu, adres / siedziba podmiotu ubiegającego się o pomoc de minimis]

otrzymała pomoc de minimis zgodnie z zapisami poniższej tabeli.

Tabela powinna zawierać zestawienie pomocy publicznej otrzymanej w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych;

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy de minimis w [EURO]** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |

Suma wartości pomocy wliczana do pomocy *de minimis* na dzień ubiegania się o przyznanie \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_r. [dzień, miesiąc, rok] wynosi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euro,

kwota słownie: Euro

Można udzielić pomoc *de minimis* do wysokości \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euro brutto.,

kwota słownie: Euro

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość, data Czytelny podpis oraz pieczęć osoby/osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu/instytucji

Załącznik nr 1h

# INFORMACJA DLA PODMIOTÓW/ INSTYTUCJI UKIERUNKOWANYCH ZA ZAŁOŻENIE I PROWADZENIE PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO/ PRZEKSZTAŁCENIE W PRZEDSIĘBIORSTWO SPOŁECZNE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| I | Dane podmiotu/ instytucji | 1 | Nazwa instytucji/podmiotu |  |
| II | Dane osób wyznaczonych przez podmiot/ instytucję | 1 | Imię i nazwisko |  |
| Dane kontaktowe (telefon/mail) |  |
| 2 | Imię i nazwisko |  |
| Dane kontaktowe (telefon/mail) |  |
| 3 | Imię i nazwisko |  |
| Dane kontaktowe (telefon/mail) |  |
| 4 | Imię i nazwisko |  |
| Dane kontaktowe (telefon/mail) |  |
| 5 | Imię i nazwisko |  |
| Dane kontaktowe (telefon/mail) |  |
| 6 | Imię i nazwisko |  |
| Dane kontaktowe (telefon/mail) |  |
| III | Planowana działalność | 1 | Zamierzamy założyć przedsiębiorstwo społeczne/ przekształcić się w przedsiębiorstwo społeczne oraz utworzyć nowe miejsca pracy | □ TAK □ NIE |
| 2 | Planowany termin powstania lub przekształcenia w przedsiębiorstwo społeczne |  |
| 3 | Członkowie grupy inicjatywnej, tj. pozostałych osób fizycznych/ podmiotów biorących udział w rekrutacji, z którymi podmiot/instytucja zamierza założyć przedsiębiorstwo społeczne (imię i nazwisko/nazwa podmiotu) oraz wskazanie ich roli w strukturach podmiotu | 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 9. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 10. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4 | Forma wsparcia, której otrzymaniem grupa inicjatywa jest zainteresowana | ◻ Szkolenia ◻ Doradca zawodowy/ psycholog/ mentoring/ tutoring ◻ Usługi reintegracyjne ◻ Szkolenia zawodowe ◻ Wizyty studyjne ◻ Wsparcie finansowe ◻ Wsparcie pomostowe ◻ Wsparcie pomostowe niefinansowe ◻ Inne jakie?…………………… |
| 5 | Rodzaj planowanej/ prowadzonej działalności | ◻ Handlowa ◻ Usługowa ◻ Produkcyjna |
| 6 | Numer PKD głównej planowanej /prowadzonej działalności |  |
| 7 | Opis zakresu planowanej/ prowadzonej działalności i oferta przedsiębiorstwa społecznego (lokalizacja, sektor, branża, oferowane produkty/ towary/usługi, cechy wyróżniające, pozwolenia i licencje wymagane dla planowanej / prowadzonej działalności itp.) |  |
| 8 | Rynek na jakim będzie działać przedsiębiorstwo społeczne (zasięg, opis potencjalnych odbiorców, analiza konkurencji i dostawców itp.) |  |
| 9 | Opis mocnych stron i możliwości dalszego rozwoju planowanego przedsięwzięcia |  |
| 10 | Opis słabych stron i wskazanie zagrożeń, które mogą utrudnić realizację przedsięwzięcia oraz wskazanie działań naprawczych |  |
| 11 | Planowany koszt inwestycji – całkowita wartość | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN |
| w tym: |
| Wartość przeznaczonej planowanej dotacji na utworzenie miejsca pracy(netto) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN |
| Inne środki (określić jakie np. kredyt, środki własne, dotacje z innego źródła, pożyczka itp.) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN |
| 12 | Wnioskowaną dotację na utworzenie miejsca pracy planujemy przeznaczyć na następujące inwestycje (wymienić) |  |
| 13 | Zakładamy zatrudnienie pracowników (w jakim terminie, liczba, charakter zatrudnienia). |  |
| 14 | W przypadku nieotrzymania wsparcia w formie dotacji na utworzenie miejsca pracy | □ utworzymy miejsce/a pracy w nowym/istniejącym[2] przedsiębiorstwie społecznym  □nie utworzymy miejsc pracy w nowym/istniejącym[3] przedsiębiorstwie społecznym |
| 15 | Posiadane zasoby, w tym kwalifikacje i umiejętności niezbędne do prowadzenia działalności i/lub wykonywania zadań na danym stanowisku. |  |

|  |
| --- |
| Świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233§1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań składam ja niżej podpisany reprezentujący \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (nazwa podmiotu/instytucji)  następujące oświadczenia: |
| 1. Potwierdzam prawdziwość podanych przeze mnie informacji zawartych w niniejszym dokumencie, jak również w innych dokumentach dotyczących Projektu i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach. 2. Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a, iż otrzymane wsparcie dla naszego podmiotu, w ramach realizacji projektu „SZOWES - OWES w regionie koszalińskim/szczecineckim/stargardzkim”, przekazywane jest w formie pomocy de minimis i potwierdzone stosownym zaświadczeniem. 3. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z „Regulaminem rekrutacji i przyznawania środków na finansowych na tworzenie miejsc pracy w przedsiębiorstwach społecznych” i akceptuję przedstawione warunki bez zastrzeżeń. 4. Oświadczam, że reprezentowana/y przeze mnie instytucja/podmiot spełnia kryteria kwalifikowalności pozwalające na udział w Projekcie. 5. Oświadczam, że zapoznałem/am się z kryteriami kwalifikacji do udziału w projekcie zarówno na etapie rekrutacji, jak i na etapie oceny wniosków o przyznanie dotacji na utworzenie miejsca pracy i wsparcie pomostowe. 6. Oświadczam, że ……………………………………………..… (nazwa podmiotu/instytucji), który reprezentuję nie korzysta z innych środków publicznych na pokrycie tych samych wydatków, w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy, PFRON oraz środków oferowanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego WZ 2014-2020 związanych z założeniem/ przystąpieniem lub zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym (w tym spółdzielni socjalnej). 7. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję jest przedsiębiorstwem społecznym wpisanym na listę przedsiębiorstw społecznych lub zostanie wpisany na listę przedsiębiorstw społecznych po utworzeniu/ przekształceniu co jest obligatoryjne w przypadku przyznania i przekazania środków finansowych. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| data | miejscowość | czytelny podpis |
| Wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów monitoringu oraz ewaluacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 (zgodnie z Rozporządzeniem 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.). | | |
| ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| data | miejscowość | czytelny podpis |

Załącznik 1i

DEKLARACJA ZAWIĄZANIA GRUPY INICJATYWNEJ NA RZECZ ZAŁOŻENIA I PROWADZENIA PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO.

Ja, niżej podpisana/y, (imię i nazwisko) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, zamieszkały (adres zamieszkania) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie „SZOWES - OWES w regionie koszalińskim/szczecineckim//stargardzkim\*” realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020.

W związku z formalnymi wymogami projektu, wraz z wymienionymi poniżej osobami fizycznymi/podmiotami tworzymy grupę inicjatywną, która wyniku zaplanowanej indywidualnej ścieżki wsparcia i pozytywnej oceny Wniosku o przyznanie dotacji przekształci się/ zarejestruje w Krajowym Rejestrze Sądowym przedsiębiorstwo społeczne stworzy miejsce pracy na okres nie krótszy niż 12 miesięcy

(Imię i nazwisko/nazwa podmiotu lub instytucji):

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i przyznawania środków na tworzenie miejsc pracy w przedsiębiorstwach społecznych”, akceptuje jego zapisy oraz zobowiązuje się przestrzegać zawartych tamże warunków uczestnictwa w Projekcie.

Miejscowość, data czytelny podpis

Informacje kadry merytorycznej SZOWES (krótki opis grupy)

Miejscowość, data czytelny podpis przedstawiciela SZOWES

Załącznik nr 1j

# INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

DLA OSOBY REPREZENTUJĄCEJ PODMIOT EKONOMII SPOŁECZNEJ / INSTYTUCJĘ

*(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art.13 i art.14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)*

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
2. Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego mający siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zwanego dalej RPO WZ 2014-2020, w ramach zbioru pn. „Projekty RPO WZ 2014 – 2020”;
3. minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa, dla danych w ramach zbioru pn. „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
4. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanymi adresami poczty elektronicznej:
5. [abi@wzp.pl](mailto:abi@wzp.pl)
6. [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl)
7. [iod@karrsa.pl](mailto:iod@karrsa.pl)
8. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu realizacji projektu „SZOWES – OWES w regionie stargardzkim, w regionie szczecineckim, w regionie koszalińskim\*” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 (RPO WZ 2014-2020), w którym uczestniczy reprezentowany przez Panią/Pana podmiot.
9. Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r., str. 1), zwanego „RODO”.
10. Pani/Pana dane zostają powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, z siedzibą przy ul. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin, beneficjentowi realizującemu projekt i partnerom - Koszalińska Agencja Rozwoju Regionalnego S.A., ul. Przemysłowa 8, 75-216 Koszalin; Fundacja Nauka dla Środowiska, ul. Racławicka 15-17, 75-620 Koszalin; Gmina Miejska Wałcz, Plac Wolności 1, 78-600; 4C Centrum Ekonomii Społecznej Spółka z o.o., ul. Adama Asnyka 9/17, 71-526 Szczecin; Aktywa Plus Emilia Kowalska, ul. Bolesława Śmiałego nr 39/2, 70-351 Szczecin; Fundacja Pod Aniołem, ul. Zacisze 1b/4, 73-110 Dobrzany; Fundacja Inicjatyw Społeczno-Gospodarczych KOMES, ul. Gen. Rayskiego 3/19, Szczecin oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014-2020, a także podmiotom świadczącym usługi pocztowe.
11. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
12. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
13. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
14. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
15. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
16. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia przez podmiot, który Pani/Pan reprezentuje, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

**Oświadczam, iż zapoznałem/zapoznałam się z niniejszą klauzulą informacyjną, a jej treść jest dla mnie zrozumiała.**

Miejscowość, data Czytelny/e podpis/y osoby/ób

reprezentujących / działających z

upoważnienia podmiotu / instytucji

**\*** Podpis pod klauzulą informacyjną powinna złożyć każda osoba, której dane osobowe (w postaci chociażby imienia i nazwiska) zostały ujawnione w treści wypełnianej dokumentacji.

1. Zgodnie z art. 1 ust. 6 Rozporządzenia Komisji (WE) nr 800/2008 z dnia 6 sierpnia 2008 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne ze wspólnym rynkiem w zastosowaniu art. 87 i 88 Traktatu (ogólne rozporządzenie w sprawie wyłączeń blokowych) (Dz. Urz. UE L214/3 z 9.8.2008) oraz par. 3 ust. 1 pkt 4 Rozporządzenia MRR z dnia 15 grudnia 2010 r. w sprawie udzielania pomocy publicznej w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (Dz. U. Nr 239, poz. 1598 z późn. zm.), Rozporządzenie MIiR 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.

   \*niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. [1] *Pomoc de minimis* w rozumieniu art. 2 Rozporządzenia Komisji (WE) nr 1998/2006 z dnia 15 grudnia 2006 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 379/5 z 28.12.2006) oznacza pomoc przyznaną temu samemu podmiotowi gospodarczemu w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych, która łącznie z pomocą udzieloną na podstawie wniosku nie przekroczy równowartości 200 tys. Euro (100 tys. Euro w sektorze transportu drogowego). Wartość pomocy jest wartością brutto, tzn. nie uwzględnia potrąceń z tytułu podatków ani innych opłat. Pułap ten stosuje się bez względu na formę pomocy i jej cel. [↑](#footnote-ref-2)