



Załącznik nr 2 do Regulaminu naboru

Formularz zgłoszeniowy/Wniosek o udzielenie wsparcia - wzór

	Nr wniosku:	Data wpływu:			
1	Pełna nazwa przedsiębiorstwa:						
2	NIP						
3	Forma prawna						
4	PKD:						
5	Dane wnioskodawcy:	Województwo					
		Powiat					
		Gmina					
		Miejscowość					
		Kod pocztowy					
		Ulica					
		Nr budynku/lokalu					
		Imię i nazwisko osoby do kontaktu					
		Nr telefonu					
6	Adres jednostki organizacyjnej na terenie województwa kujawsko-pomorskiego	Powiat					
		Gmina					
		Miejscowość					
		Kod pocztowy					
		Ulica					
7	Wielkość przedsiębiorstwa	<input type="checkbox"/> Mikroprzedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> w tym samozatrudniony	<input type="checkbox"/> Małe przedsiębiorstwo	<input type="checkbox"/> Średnie przedsiębiorstwo			
8	Czy przedsiębiorstwo posiada diagnozę potrzeb rozwojowych			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>			
9	Czy przedsiębiorstwo uzyskało wsparcie w postaci analizy potrzeb rozwojowych lub planów rozwoju w ramach Działania 2.2 POWER?			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>			
10	Czy przedsiębiorstwo uzyskało w ostatnich trzech zamkniętych latach obrotowych średnioroczny przyrost przychodów o 20% i więcej?			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>			
11	INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKÓW I RODZAJÓW WSPARCIA						
	Objęcie wsparciem ogółem		Ilość usług	Liczba uczestników	w tym pracodawców	w tym kobiet	Planowana całkowita wartość wydatków kwalifikowanych
	Według rodzajów wsparcia	Szkolenia/kursy nie prowadzące do zdobycia kwalifikacji, o których mowa w ZRK (Zintegrowany Rejestr Kwalifikacji)					
		Szkolenia/kursy prowadzące do zdobycia kwalifikacji, o których mowa w ZRK (Zintegrowany Rejestr Kwalifikacji)					

		Studia podyplomowe					
		Egzaminy					
		Usługi doradcze					
	Według grup wiekowych	15-24					
		25-34					
		35-49					
		50 lat i więcej					
	Według poziomu wykształcenia	Podstawowe					
		Gimnazjalne					
		Zasadnicze zawodowe					
Średnie							
		Wyższe					
	Ogólna liczba pracowników planowanych do objęcia wsparciem	Ogółem:	w tym pracownicy od 50 roku życia:		w tym pracownicy o niskich kwalifikacjach:		

12	Wybór formy dofinansowania	Pomoc publiczna <input type="checkbox"/>		Pomoc de minimis <input type="checkbox"/>
----	----------------------------	--	--	---

13	Wartość usług objętych dofinansowaniem	Wartość całkowita	Koszty kwalifikowane	Dofinansowanie %

14	Średni koszt w przeliczeniu na 1 uczestnika			
----	---	--	--	--

Oświadczenia:

<input type="checkbox"/>	Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję warunki Regulaminu naboru w ramach projektu „Regionalny Fundusz Szkoleniowy” realizowanego w ramach RPO WK-P 2014-2020.
<input type="checkbox"/>	Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku oraz 2 poprzedzających go lat otrzymałem (wraz z powiązаныmi przedsiębiorstwami - jeśli dotyczy) środki stanowiące pomoc <i>de minimis</i> w wysokości EUR
<input type="checkbox"/>	Wszelkie dane zawarte w niniejszym wniosku odpowiadają rzeczywistości i złożone zostały zgodnie z prawdą
<input type="checkbox"/>	Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych firmy i danych osobowych pracowników w zakresie niezbędnym do realizacji usług rozwojowych.

Załączniki:

<input type="checkbox"/>	Kserokopia diagnozy potrzeb rozwojowych
--------------------------	---

Data sporządzenia wniosku	Pieczęć jednostki i podpis osoby upoważnionej do reprezentacji przedsiębiorcy
---------------------------	---

Decyzja w sprawie możliwości dofinansowania (wypełnia Operator)	
TAK*	<input type="checkbox"/> UWAGI

		* W przypadku pozytywnej opinii należy wskazać poziom refundacji
NIE*	<input type="checkbox"/>	* W przypadku opinii negatywnej należy przedstawić szczegółowe uzasadnienie w tym zakresie
Miejsce i data:		Podpis, pieczęć: