



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Załącznik nr 4**

**Poziom kwalifikacji Potencjalnego Uczestnika Projektu**

**INFORMACJE O KWALIFIKACJACH I DOŚWIADCZENIU POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU**

***( niski poziom kwalifikacji - 3 pkt)***

1. Wykształcenie	
2. Ukończone szkoły/uczelnie (kierunek, specjalizacja, rok ukończenia)	
3. Posiadane dyplomy i certyfikaty	
4. Odbyte kursy i szkolenia (temat, okres, organizator)	



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

5. Doświadczenie zawodowe (firma, stanowisko, okres zatrudnienia)	
-------------------------------------------------------------------	--

**Liczba punktów**...../ możliwych 3 pkt  
(wypełnia Oceniający)



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

---

## Załącznik nr 1 - OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany (a) oświadczam, iż:

1. Samodzielnie z własnej inicjatywy wyrażam chęć udziału w projekcie „Pomysł na biznes – pomysł na życie” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Priorytetu VIII „Regionalne kadry gospodarki”, Działanie 8.1. „Rozwój pracowników i przedsiębiorstw w regionie”, Poddziałanie 8.1.2 „Wsparcie procesów adaptacyjnych i modernizacyjnych w regionie” POKL 2007-2013 realizowanym przez Terra Szkolenia i Doradztwo Przemysław Omieczyński.
2. Zapoznałam się z zasadami udziału w ww. projekcie zawartymi w Regulaminie Rekrutacji Uczestników oraz Regulaminie Przyznawania Środków Finansowych i zgodnie z wymogami jestem uprawniony(a) do uczestnictwa w nim. Akceptuję warunki ww. regulaminów. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Realizatora projektu o zmianach danych zawartych w Formularzu Rekrutacyjnym (dane kontaktowe, dane dodatkowe - status osoby na rynku pracy).
3. Zostałam(am) poinformowany(a), że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Zostałam(a) poinformowany(a), że szkolenia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
5. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
6. Zostałam(am) poinformowany(a), że złożenie Formularza Rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
7. Deklaruję, iż w przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie wezmę udział w pełnym bezpłatnym cyklu szkoleniowo-doradczym obejmującym *(w zależności od preferowanego modułu)*<sup>1</sup>:
  - I moduł:**
    - a) Poradnictwo Zawodowe (8 h)
    - b) Szkolenia zawodowe do wyboru:
      - Grafiki komputerowe (120h)
      - Opiekun osób starszych (120h)
      - Księgowość (120h)
    - c) 3 miesięczny staż zawodowy
  - II moduł:**
    - a) Poradnictwo Zawodowe (8 h)
    - b) Szkolenia zawodowe do wyboru:
      - Grafiki komputerowe (120h)
      - Opiekun osób starszych (120h)
      - Księgowość (120h)
    - c) Szkolenie „Własna Działalność Gospodarcza” (56 h)
    - d) Założenie i prowadzenie własnej działalności gospodarczej
    - e) Dotacja na rozpoczęcie własnej działalności

---

<sup>1</sup> Proszę zakreślić preferowaną przez Państwa ścieżkę szkoleniową.



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

---

- f) Wsparcie pomostowe finansowe – podstawowe i przedłużone  
g) Podstawowe wsparcie pomostowe szkoleniowo- doradcze
8. W związku z przystąpieniem do Projektu „Pomysł na biznes- pomysł na życie” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora projektu.
9. Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
10. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań oświadczam, iż dane podane w niniejszym Formularzu rekrutacyjnym są zgodne ze stanem faktycznym.

Miejscowość ....., dnia .....

.....  
**Czytelny podpis kandydata**



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE  
O SPEŁNIANIU WYMOGÓW GRUPY DOCELOWEJ PROJEKTU  
„POMYSŁ NA BIZNES – POMYSŁ NA ŻYCIE”**

Ja niżej podpisany/a....., zamieszkały/a na terenie  
województwa zachodniopomorskiego pod adresem .....

.....  
legitymującą/m się dowodem osobistym serii ..... numer ..... wydanym przez  
.....,

oświadczam, że spełniam wszystkie poniższe wymagania kwalifikacyjne dotyczące projektu „Pomysł na biznes-  
pomysł na życie” realizowanego w ramach programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VIII „Regionalne  
kadry gospodarki” Działanie 8.1. „Rozwój pracowników i przedsiębiorstw w regionie” Poddziałanie 8.1.2.  
„Wsparcie procesów adaptacyjnych i modernizacyjnych w regionie”:

- a) jestem osobą bezrobotną, która, utraciła pracę w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed przystąpieniem do projektu z przyczyn dotyczących zakładu pracy (przechodzącego procesy adaptacyjne i modernizacyjne),
- b) zamieszkuję (zgodnie z KC) na terenie województwa zachodniopomorskiego,
- c) jestem osobą dorosłą w wieku aktywności zawodowej w chwili przystąpienia do projektu „Pomysł na biznes- pomysł na życie”, tj. kobiety 18 - 59 lat oraz mężczyźni 18 -64 lat,
- d) zamierzam założyć własną działalność gospodarczą/ 3 miesięczny staż zawodowy<sup>2</sup>
- e) nie prowadziłem/am działalności gospodarczej w okresie 12 miesięcy przed przystąpieniem do projektu,
- f) nie pozostaję w stosunku pracy lub innym (umowy cywilno-prawne) z Beneficjentem, partnerem lub wykonawcą w ramach projektu,
- g) nie korzystam równoległe z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy oraz w ramach Poddziałania 8.1.2/Działania 6.2 POKL na rozpoczęcie działalności gospodarczej,
- h) w okresie co najmniej 3 lat poprzedzających dzień przystąpienia do projektu nie otrzymałem/am środków na podjęcie działalności gospodarczej pochodzących z funduszy publicznych,
- i) nie jestem uczestnikiem innych projektów realizowanych w ramach Poddziałania 8.1.2 POKL, w których udzielane jest wsparcie dla osób zamierzających rozpocząć działalność gospodarczą,
- j) nie łączy lub nie łączył mnie z Beneficjentem i/lub pracownikiem Beneficjenta uczestniczącym w procesie rekrutacji i oceny biznesplanów związek małżeński, stosunek pokrewieństwa i powinowactwa i/lub związek z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli.

W związku z przystąpieniem do Projektu wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Miejscowość ....., dnia .....

.....  
**Czytelny podpis kandydata**

<sup>2</sup> Proszę podkreślić wybraną ścieżkę szkoleniową.



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 3

## OŚWIADCZENIE

### O ZAPOZNANIU SIĘ Z KRYTERIAMI KWALIFIKOWALNOŚCI DO PROJEKTU „POMYSŁ NA BIZNES – POMYSŁ NA ŻYCIE”

Ja niżej podpisany/a..... , zamieszkały/a na terenie  
województwa zachodniopomorskiego pod adresem .....  
.....  
legitymującą/m się dowodem osobistym serii ..... numer .....  
wydanym przez .....

### Oświadczam

iż zapoznałem/zapoznałam<sup>3</sup> się z kryteriami kwalifikacyjnymi do udziału w projekcie oraz oceny biznesplanu, stosowanymi w projekcie „Pomysł na biznes – pomysł na życie” realizowanym w ramach programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VIII „Regionalne kadry gospodarki” Działanie 8.1. „Rozwój pracowników i przedsiębiorstw w regionie” Poddziałanie 8.1.2. „Wsparcie procesów adaptacyjnych i modernizacyjnych w regionie”.

Miejscowość ....., dnia .....

.....  
**Czytelny podpis kandydata**

<sup>3</sup> niepotrzebne skreślić



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 5

## OŚWIADCZENIE

### O NIEPOSIADANIU ZAREJESTROWANEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

Ja niżej podpisany/a....., zamieszkały/a na terenie  
województwa zachodniopomorskiego pod adresem .....  
.....,  
legitymującą/m się dowodem osobistym serii ..... numer .....  
wydanym przez .....

świadomy/świadoma<sup>4</sup> odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą

### Oświadczam

iż nie posiadałam/posiadałem<sup>5</sup> zarejestrowanej działalności gospodarczej w rozumieniu *Ustawy o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 2 lipca 2004 roku (Dz. U. z 2007 r. Nr 155 poz. 1095 z późn. zm.)* w okresie co najmniej 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie do projektu „Pomysł na biznes – pomysł na życie” nr POKL.08.01.02-32-053/12, realizowanym przez TERRA Szkolenia i Doradztwo Przemysław Omiecznyński.

Miejscowość ....., dnia .....

.....  
**Czytelny podpis kandydata**

<sup>4</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>5</sup> niepotrzebne skreślić



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

---

**Załącznik nr 6**

## **OŚWIADCZENIE**

### **O NIEKORZYSTANIU RÓWNOLEGLE Z INNYCH ŚRODKÓW PUBLICZNYCH**

Ja niżej podpisany/a..... , zamieszkały/a na terenie  
województwa zachodniopomorskiego pod adresem .....  
.....,  
legitymującą/m się dowodem osobistym serii ..... numer .....  
wydanym przez .....

### **Oświadczam**

iż nie korzystam równoległe z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy, PFRON w ramach Poddziałania 8.1.2/Działania 6.2., na rozpoczęcie działalności gospodarczej.

Miejscowość ....., dnia .....

.....  
**Czytelny podpis kandydata**





Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 7

## OŚWIADCZENIE

### O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM REKRUTACJI ORAZ REGULAMINEM PRYZNAWANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH W RAMACH PROJEKTU „POMYSŁ NA BIZNES – POMYSŁ NA ŻYCIE”

Ja niżej podpisany/a....., zamieszkały/a na terenie  
województwa zachodniopomorskiego pod adresem .....  
.....,  
legitymującą/m się dowodem osobistym serii ..... numer .....  
wydanym przez .....

oświadczam, że zapoznałem/am się z:

1. Regulaminem rekrutacji,
2. Regulaminem przyznawania środków finansowych na rozwój przedsiębiorczości,
3. Regulaminem Komisji Oceny Wniosków,
4. Kryteriami oceny formularzy rekrutacyjnych,
5. Kryteriami oceny biznesplanu,
6. Metodologią przyznawania punktacji w ramach poszczególnych kryteriów.

stosowanymi w projekcie „Pomysł na biznes – pomysł na życie” realizowanym w ramach programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VIII „Regionalne kadry gospodarki” Działanie 8.1. „Rozwój pracowników i przedsiębiorstw w regionie” Poddziałanie 8.1.2. „Wsparcie procesów adaptacyjnych i modernizacyjnych w regionie”.

Miejscowość ....., dnia .....

.....  
**Czytelny podpis kandydata**



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 8

## OŚWIADCZENIE

### O NIEKARALNOŚCI ZA PRZESTĘPSTWA SKARBOWE

Ja niżej podpisany/a....., zamieszkały/a na terenie  
województwa zachodniopomorskiego pod adresem .....  
.....,  
legitymującą/m się dowodem osobistym serii ..... numer .....  
wydanym przez .....

świadomy/świadoma<sup>6</sup> odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą

### Oświadczam

iż, nie byłem/byłam<sup>7</sup> karany/a za przestępstwa skarbowe w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks Karny oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Miejscowość ....., dnia .....

.....  
**Czytelny podpis kandydata**

<sup>6</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>7</sup> niepotrzebne skreślić



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 9

## OŚWIADCZENIE

### O NIEPOZOSTAWANIU W STOSUNKU PRACY Z BENEFICJENTEM (PROJEKTODAWCĄ),

### W RAMACH PROJEKTU „POMYSŁ NA BIZNES – POMYSŁ NA ŻYCIE”

Ja niżej podpisany/a....., zamieszkały/a na terenie  
województwa zachodniopomorskiego pod adresem .....  
.....,  
legitymującą/m się dowodem osobistym serii ..... numer .....  
wydanym przez .....

świadomy/świadoma<sup>8</sup> odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą

### Oświadczam

że nie pozostaję w stosunku pracy lub innym (umowa zlecenie, umowa o dzieło lub inne) z Beneficjentem (Projektodawcą), partnerem lub wykonawcą w ramach projektu „Pomysł na biznes – pomysł na życie” nr POKL.08.01.02-32-053/12.

Miejscowość ....., dnia .....

.....  
**Czytelny podpis kandydata**

<sup>8</sup> niepotrzebne skreślić



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

---

**Załącznik nr 10**

## **OŚWIADCZENIE**

### **O NIESKORZYSTANIU Z POMOCY DE MINIMIS**

Ja niżej podpisany/a....., zamieszkały/a na terenie  
województwa zachodniopomorskiego pod adresem .....,  
.....,  
legitymującą/m się dowodem osobistym serii ..... numer .....,  
wydanym przez .....,

### **Oświadczam**

iż w ciągu bieżącego roku kalendarzowego 20..... oraz dwóch poprzedzających go lat  
kalendarzowych 20..... – 20..... podmiot, którego byłem właścicielem nie otrzymał pomocy de  
minimis.

**UWAGA:**

Zgodnie z art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity z dnia 24 marca 2007 r., Dz. U. Nr 59, poz. 404) w przypadku nieprzekazania lub przekazania nieprawdziwych informacji o pomocy publicznej, o których mowa w art. 39 oraz art. 40 ust. 1 i ust. 3 pkt. 2 Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów może, w drodze decyzji, nałożyć na beneficjenta pomocy karę pieniężną do wysokości równowartości 10 000 EURO.

Miejscowość ....., dnia .....,

.....  
**Czytelny podpis kandydata**



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 11

## OŚWIADCZENIE

### O WYSOKOŚCI OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS W BIEŻĄCYM ROKU KALENDARZOWYM ORAZ W 2 LATACH POPRZEDZAJĄCYCH

Zestawienia pomocy publicznej otrzymanej przez mikro przedsiębiorcę:

(Nazwa przedsiębiorstwa) .....

w okresie od dnia..... do dnia..... (data ubiegania się o pomoc).

Tabela powinna zawierać zestawienie pomocy publicznej otrzymanej w okresie 3 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku przez mikro przedsiębiorcę.

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

Suma wartości pomocy wliczana do pomocy *de minimis* na dzień ubiegania się o przyznanie pomocy

.....  
(dzień, miesiąc, rok)

wynosi: ..... EURO,

..... EURO.

(kwota słownie)

Można udzielić pomoc *de minimis* do wysokości ..... EURO brutto,

.....EURO brutto.

(kwota słownie)

Miejscowość ....., dnia .....

.....  
Czytelny podpis kandydata



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

---

**Załącznik nr 12**

**OŚWIADCZENIE**

**O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ORAZ  
UMIESZCZENIE ICH NA STRONIE INTERNETOWEJ**

Ja niżej podpisany/a....., zamieszkały/a na terenie  
województwa zachodniopomorskiego pod adresem .....  
.....  
legitymującą/m się dowodem osobistym serii ..... numer .....  
wydanym przez .....

w związku z przystąpieniem do Projektu „Pomysł na biznes – pomysł na życie” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz umieszczenie ich na stronie internetowej projektu [www.pomysl-na-zycie.pl](http://www.pomysl-na-zycie.pl), zgodnie z zasadą przejrzystości stosowanych procedur i jawności informacji.

Miejscowość ....., dnia .....

.....  
**Czytelny podpis kandydata**



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

---

**Załącznik nr 13**

**OŚWIADCZENIE**

**O NIEOTRZYMANIU INNEJ POMOCY DOTYCZĄCEJ TYCH SAMYCH KOSZTÓW  
KWALIFIKOWALNYCH**

Ja niżej podpisany/a....., zamieszkały/a na terenie  
województwa zachodniopomorskiego pod adresem .....  
.....,  
legitymującą/m się dowodem osobistym serii ..... numer .....  
wydanym przez .....

**Oświadczam,**

że nie otrzymałem/am innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych lub tego samego projektu na realizację którego jest udzielana pomoc *de minimis*.

Miejscowość ....., dnia .....

.....  
**Czytelny podpis kandydata**



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## **OCENA KWALIFIKOWALNOŚCI UCZESTNICTWA W PROJEKCIE (WYPEŁNIA BENEFICJENT):**

**Kandydat spełnia/nie spełnia wstępne kryteria uczestnictwa w Projekcie**

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
**data**

.....  
**(czytelny podpis osoby weryfikującej formularz rekrutacyjny)**

### **DEKLARACJA POUFNOŚCI I BEZSTRONNOŚCI**

Niniejszym oświadczam, że:

- nie pozostaję w związku małżeńskim albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia i nie jestem związany/a z tytułu przysposobienia, opieki, kurateli z uczestnikiem projektu ubiegającym się o udzielenie dofinansowania. W przypadku stwierdzenia takiej zależności zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Beneficjenta i wycofania się z oceny tego wniosku,
- nie pozostaję z uczestnikiem projektu w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności. W przypadku stwierdzenia takiej zależności zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Beneficjenta i wycofania się z oceny tego wniosku,
- zobowiązuję się, że będę wypełniać moje obowiązki w sposób uczciwy i sprawiedliwy, zgodnie z posiadaną wiedzą,
- zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy i zaufaniu wszystkich informacji i dokumentów ujawnionych mi lub wytworzonych przeze mnie lub przygotowanych przeze mnie w trakcie lub jako rezultat oceny i zgadzam się, że informacje te powinny być użyte tylko dla celów niniejszej oceny i nie powinny być ujawnione osobom trzecim,
- nie jestem uczestnikiem projektu w ramach Działania 6.2 *Wspieranie oraz promocja przedsiębiorczości i samozatrudnienia* PO KL.

.....  
**data**

.....  
**(czytelny podpis osoby weryfikującej formularz rekrutacyjny)**





Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## Załącznik nr 14

### KRÓTKI OPIS PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ (SEKTOR BRANŻA, POSIADANE ZASOBY TJ. KWALIFIKACJI I UMIEJĘTNOŚCI NIEZBĘDNE DO PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ, PLANOWANY KOSZT INWESTYCJI)

<b>Przewidywana nazwa działalności</b>		
<b>Planowana data rozpoczęcia działalności</b>		
<b>Forma prawna działalności</b>		
<b>Planowany zakres prowadzenia działalności</b>	<input type="checkbox"/> <b>Handel</b> <input type="checkbox"/> <b>Usługi</b> <input type="checkbox"/> <b>Produkcja</b> <input type="checkbox"/> <b>Inne (jake)</b> .....	<b>Sektor/branża</b> <input type="checkbox"/> <b>przemysł drzewno-meblarski</b> <input type="checkbox"/> <b>logistyczno-spedycyjny</b> <input type="checkbox"/> <b>chemiczny, budowlano-montażowy</b> <input type="checkbox"/> <b>turystyka</b> <input type="checkbox"/> <b>sektor ICT</b> <input type="checkbox"/> <b>sektor żywności ekologicznej</b> <input type="checkbox"/> <b>en. Odnawialna i ochrona środowiska</b> <input type="checkbox"/> <b>nowoczesne usługi zdrowotne, w tym usługi opiekuńcze nad os. Starszymi</b> <input type="checkbox"/> <b>branża bazująca na wykorzystaniu ogólnodostępnych zasobów naturalnych</b> <input type="checkbox"/> <b>branża prod wyrobów z metali</b> <input type="checkbox"/> <b>sektor biomedyczny</b> <input type="checkbox"/> <b>inna, jaka?.....</b>



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

<b>Lokalizacja planowanej działalności (miejsowość)</b>	
<b>Planowany koszt całkowity inwestycji</b>	

**1. Przedmiot planowanej działalności (0-4pkt)**

**2. Krótka charakterystyka planowanej działalności (0-4pkt)**

**3. Charakterystyka potencjalnych klientów (analiza rynku) (0-4pkt)**



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**4. Planowane wydatki inwestycyjne (proszę opisać, co zostanie sfinansowane z dotacji wraz z podaniem kosztów) (0-10pkt)**

**5. Mocne strony/planowanego przedsięwzięcia (0-5pkt)**

**6. Słabe strony/zagrożenia utrudniające realizację przedsięwzięcia (0-5pkt)**



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**7. Posiadane doświadczenie, kwalifikacje i umiejętności przydatne w prowadzeniu działalności gospodarczej (0-8pkt)**

**8. Czy założyłaby/-łby Pani/Pan działalność gospodarczą pomimo nie otrzymania środków na podjęcie działalności gospodarczej w ramach Działania 8.1 POKL?**

TAK

NIE

**Oświadczam, iż nie posiadam zdolności do samodzielnego sfinansowania działalności gospodarczej.**

.....  
Data i podpis



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

---

**Załącznik nr 15**

**OŚWIADCZENIE**

**O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKORZYSTANIE I PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W TYM  
DANYCH WRAŻLIWYCH DO CELÓW MONITORINGU ORAZ EWALUACJI PO KL**

Wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych w tym danych wrażliwych do celów monitoringu oraz ewaluacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.).

.....  
Data i podpis potencjalnego UP