

Załącznik nr 2 do Zasad naboru dedykowanego „Śląskie dla Ukrainy”  
Załącznik nr 6 do Formularza Zgłoszeniowego Przedsiębiorcy

## FORMULARZ DOTYCZĄCY OSOBY KIEROWANEJ NA USŁUGĘ ROZWOJOWĄ

DO PROJEKTU „Dotacje dla MŚP na usługi rozwojowe”  
NABÓR DEDYKOWANY „ŚLĄSKIE dla UKRAINY”

| RODZAJ FORMULARZA (zaznaczyć właściwy kwadrat)         |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Formularz zgłoszeniowy        | <input type="checkbox"/> Formularz korygujący |
| INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ DOKUMENT |   |
| Data   |   |
| Indywidualny numer zgłoszeniowy                        | FGPSF/ /2022                                  |

**UWAGA!!!** Należy wypełnić każde pole, w przypadku braku danych wpisać „nie dotyczy” lub wykreślić pola

### Część A

Wypełnia Przedsiębiorca

|   |  |
|---|--|
| Pełna nazwa przedsiębiorstwa                                |  |
| Miejsce zatrudnienia uczestnika (miejscowość / województwo) |  |

| A.1. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA <sup>1</sup> |  |   |
|---|--|---|
| A.1.1.                                    | Imię   |   |
| A.1.2.                                    | Nazwisko   |   |
| A.1.3.                                    | Płeć   | <input type="checkbox"/> KOBIEТА <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA   |
| A.1.4.                                    | PESEL  | <input type="checkbox"/> brak nr PESEL  |
| A.1.4.1                                   | Typ i Nr dokumentu (dotyczy w przypadku braku PESEL) |   |
| A.1.4.2                                   | Obywatelstwo   |   |
| A.1.5.                                    | Data urodzenia                                       | RRRR – MM – DD  |
| A.1.6.                                    | Wykształcenie  | <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe  |
|   |  | <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ukończona zasadnicza szkoła zawodowa, liceum, technikum, technikum uzupełniające) |

<sup>1</sup> Określony w Regulaminie Bazy Usług Rozwojowych jako Użytkownik.



|        |  |   |                                 |
|--------|--|---|---------------------------------|
|        |  | <input type="checkbox"/> policealne (ukończona szkoła policealna) | <input type="checkbox"/> wyższe |
| A.1.7. | Zajmowane stanowisko pracy (w przypadku osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą należy wpisać „Właściciel”)   |   |                                 |
| A.1.8. | Zatrudnienie w przedsiębiorstwie – typ umowy (rodzaj zatrudnienia) <sup>2</sup> (nie dotyczy osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą)   |   |                                 |
| A.1.9. | Data rozpoczęcia zatrudnienia w przedsiębiorstwie oraz czas obowiązywania umowy (od-do) <sup>3</sup><br><br>(w przypadku osób zatrudnionych na umowę na czas nieokreślony jako datę „do” należy wpisać „umowa na czas nieokreślony”, w przypadku osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą jako datę „od” należy wpisać datę rozpoczęcia wykonywania dział. gospodarczej z CEIDG) |   |                                 |

| A.2. DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA/MIEJSCE ZAMIESZKANIA |                      |  |  |               |              |
|--|----------------------|--|--|---------------|--------------|
| A.2.1.   | Województwo          |  |  |               |              |
| A.2.2.   | Powiat               |  |  |               |              |
| A.2.3.   | Gmina                |  |  |               |              |
| A.2.4.   | Miejscowość          |  |  | Kod pocztowy  |              |
| A.2.5.   | Ulica                |  |  | Numer budynku | Numer lokalu |
| A.2.6.   | Telefon (uczestnika) |  |  |               |              |
| A.2.7.   | E-mail (uczestnika)  |  |  |               |              |

<sup>2</sup> Operator obniża poziom dofinansowania usługi rozwojowej o 20 punktów procentowych, jeśli uczestnikiem usługi jest osoba będąca pracownikiem tego przedsiębiorcy zaangażowanym na podstawie umowy o dzieło. Obniżenie o 20 punktów procentowych poziomu dofinansowania usługi rozwojowej liczone jest od maksymalnego przysługującego dofinansowania.

<sup>3</sup> Operator obniża poziom dofinansowania usługi rozwojowej o 20 punktów procentowych jeśli uczestnikiem usługi jest osoba będąca pracownikiem tego przedsiębiorcy zatrudniona w okresie krótszym niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku o dofinansowanie w wersji papierowej. Obniżenie o 20 punktów procentowych poziomu dofinansowania usługi rozwojowej liczone jest od maksymalnego przysługującego dofinansowania.

### A.3. OKREŚLENIE WYSOKOŚCI WSPARCIA DLA UCZESTNIKA W RAMACH PROJEKTU

|        |  |   | TAK                      | NIE                      |
|--------|--|---|--------------------------|--------------------------|
| A.3.1. | Dodatkowe 10 punktów procentowych, lecz nie więcej niż 80% | Osoba z niepełnosprawnością <sup>4</sup>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A.3.2. | Dodatkowe 10 punktów procentowych, lecz nie więcej niż 80% | Osoba w wieku powyżej 50 lat w dniu uczestnictwa w usłudze rozwojowej   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A.3.3. | Dodatkowe 10 punktów procentowych, lecz nie więcej niż 80% | Osoba o niskich kwalifikacjach (oznacza wykształcenie co najwyżej ponadgimnazjalne/średnie, w tym ukończone liceum ogólnokształcące; liceum profilowane; technikum; uzupełniające liceum ogólnokształcące; technikum uzupełniające; zasadnicza szkoła zawodowa) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A.3.4. | Dodatkowe 10 punktów procentowych, lecz nie więcej niż 80% | Usługa rozwojowa mająca na celu zdobycie lub potwierdzenie kwalifikacji <sup>5</sup> , o których mowa w art. 2 pkt 8 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### A.4. UZASADNIENIE WYBORU USŁUGI ROZWOJOWEJ<sup>6</sup>

Uzupełnić obowiązkowo w zakresie:

A.4.1. Tytuł usługi

A.4.2. Numer usługi z Bazy Usług Rozwojowych

A.4.3. Zgodność tematyki wybranej usługi z zajmowanym stanowiskiem pracy

<sup>4</sup> W przypadku wyboru opcji „TAK” wymagane jest zaświadczenie o niepełnosprawności.

<sup>5</sup> tj. zestawu efektów uczenia się w zakresie wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych, nabytych w edukacji formalnej, edukacji pozaformalnej lub poprzez uczenie się nieformalne, zgodnych z ustalonymi dla danej kwalifikacji wymaganiami, których osiągnięcie zostało sprawdzone w walidacji oraz formalnie potwierdzone przez uprawniony podmiot certyfikujący zgodnie z art. 2 pkt 8 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji.

<sup>6</sup> W przypadku większej liczby usług rozwojowych pole A.4 należy powielić i wypełnić oddzielnie dla każdej usługi.

A.4.4. Zasadność wyboru usługi w aspekcie czasu trwania zatrudnienia osoby kierowanej na usługę

|  |
|--|
|  |
|--|

.....  
Data i podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Przedsiębiorcy

**UWAGA**

Podpis musi pozwalać na jednoznaczną identyfikację osoby, która go złożyła tj. zawierać możliwe do odczytania nazwisko osoby składającej podpis lub parafkę + pieczęć firmowa z imieniem i nazwiskiem Przedsiębiorcy. Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji (faksymile) w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego.

**Część B / Частина Б**

*Wypełnia osoba kierowana na usługę rozwojową / Заповнює особа скерована на надання послуг у сфері розвитку*

|   |  |
|---|--|
| <p>Czy osoba kierowana na usługę przed dniem złożenia dokumentów do Operatora została zakwalifikowana do udziału w innej usłudze rozwojowej w ramach systemu PSF w województwie śląskim, jako pracownik Przedsiębiorcy składającego dokumenty rekrutacyjne albo innego Przedsiębiorcy? / Чи скерована особа на надання послуг до дати подання документів Оператору, була zakwalifikowana do nadання інших послуг в рамках системи PSF у Сілезькому воеводстві, як працівник Підприємця, який подає документи про прийом на роботу, або іншого Підприємця?</p> | <input type="checkbox"/> TAK / TAK <input type="checkbox"/> NIE / HI |
| <p>Jeśli TAK wskazać Operatora PSF/Partnera Operatora PSF w województwie śląskim oraz nr usługi w BUR / Якщо TAK, вкажіть Оператора PSF/Партнера PSF в Сілезькому воеводстві та номер послуги в BUR</p>   |  |

**B.1. STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU /  
СТАТУС УЧАСНИКА НА МОМЕНТ УЧАСТІ В ПРОЕКТІ**

|        |  | TAK /<br>ТАК             | NIE /<br>НІ              | ODMOWA PODANIA<br>INFORMACJI /<br>ВІДМОВА<br>НАДАННЯ<br>ІНФОРМАЦІЇ |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--|
| B.1.1. | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia / Особа, яка належить до національної чи етнічної меншини, мігрант, особа іноземного походження | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| B.1.2. | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań / Бездомна особа або позбавлення доступу до житла  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| B.1.3. | Osoba z niepełnosprawnościami / Людина з обмеженими можливостями   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| B.1.4. | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej / Людина в іншому невідгідному суспільному становищі   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

**B.2. OŚWIADCZENIA / ДЕКЛАРАЦІЇ**

Świadoma(-y) odpowiedzialności za podanie fałszywych informacji oświadczam, że: / Свідома (-ий) відповідальності за надання неправдивої інформації, я заявляю, що:

1. Zapoznałem/-am się z Regulaminem naboru do projektu „Dotacje dla MŚP na usługi rozwojowe” i akceptuję wszystkie jego zapisy i postanowienia / Я ознайомився/-лася з Інструкцією набору до проекту „Dotacje dla MŚP na usługi rozwojowe” i приймаю всі його положення та вимоги.
2. Posiadam profil Użytkownika w Bazie Usług Rozwojowych / У мене є профіль користувача в Базі послуг у сфері розвитку.
3. Dane zawarte w Bazie Usług Rozwojowych zostały wprowadzone przeze mnie, są aktualne na dzień złożenia oświadczenia, kompletne oraz zgodne z prawdą / Введені дані до Базі послуг у сфері розвитку є актуальні на дату подання заяви, повні та правдиві.

Jednocześnie zobowiązuję się do uzupełnienia profilu w Bazie Usług Rozwojowych o dodatkowe dane wymagane w związku z uczestnictwem w projekcie nie później niż do dnia rozpoczęcia udziału w pierwszej usłudze finansowanej w ramach PSF / Я зобов'язуюсь заповнити профіль у Базі послуг у сфері розвитку додатковими даними, необхідними для участі в проекті, не пізніше дати початку першої послуги, що фінансується в рамках PSF.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń / Мені відомо про кримінальну відповідальність за подання неправдивих свідчень.

.....  
Data i podpis Uczestnika usługi / (prawnego opiekuna osoby małoletniej – jeśli dotyczy) /  
Дата та підпис Учасника послуги / (законний опікун неповнолітнього - якщо стосується)

**UWAGA / УВАГА**

**Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji (faksymile) w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego / Підпис має бути зроблений від руки в оригіналі, а не шляхом відтворення (факсиміле) у вигляді штампа чи роздруківки графічного файлу.**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Dotacje dla MŚP na usługi rozwojowe” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż: / У зв'язку з участю в проекті під назвою „Dotacje dla MŚP na usługi rozwojowe” я заявляю, що приймаю до відома:

1. Administratorem danych osobowych jest Województwo Śląskie z siedzibą przy ul. Ligonja 46, 40-037 Katowice, adres e-mail: kancelaria@slaskie.pl, strona internetowa: bip.slaskie.pl; kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – e-mail: daneosobowe@slaskie.pl. / Адміністратором персональних даних є Сілезьке воєводство із зареєстрованим офісом: вул. Лігоня 46, 40-037 Катовіце, адреса електронної пошти: kancelaria@slaskie.pl, веб-сайт: bip.slaskie.pl; контактні дані до Інспектора із захисту персональних даних – електронна пошта: daneosobowe@slaskie.pl.
2. Przestanką umożliwiającą legalne przetwarzanie moich danych osobowych jest art. 6 ust. 1 pkt c) oraz art. 9 ust. 2 pkt g) 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, zwane dalej RODO). / Обов'язковою умовою для законної обробки моїх персональних даних є ст. 6 ч. 1 п. ц) та ст. 9 ч. 2 п. г) Регламенту Європейського Парламенту і Ради (ЄС) 2016/679 від 27 квітня 2016 року про захист фізичних осіб у зв'язку з опрацюванням персональних даних і про вільний рух таких даних, та про скасування Директиви 95/46/ЄС (Загальний регламент про захист даних, далі – ЗРЗД).
3. Dane osobowe będą przetwarzane w imieniu IZ RPO od dnia przekazania. Dane będą przetwarzane do dnia następującego po upływie 10 lat podatkowych od dnia przyznania pomocy publicznej tj. od dnia zawarcia umowy o dofinansowanie usług rozwojowych w ramach Podmiotowego Systemu Finansowania. W przypadku odrzucenia dokumentów rekrutacyjnych, okres ich przechowywania wynosi 5 lat od dnia zakończenia realizacji projektu, przy czym IZ może przedłużyć ten termin na dalszy czas oznaczony. / Персональні дані оброблятимуться від імені Органу управління РОП з дати їх передачі. Дані оброблятимуться протягом 10 податкових років з дня отримання державної допомоги, тобто з дня укладення договору про співфінансування послуг у сфері розвитку в рамках Системи Фінансування. У разі відхилення документів про прийом на роботу термін їх зберігання становить 5 років з дати завершення проекту, але Орган управління може продовжити цей термін на наступний визначений строк.
4. Dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi projektu, w szczególności: / Персональні дані будуть оброблятися з метою обслуговування проекту, зокрема:
  - a) udzielenia wsparcia / надання підтримки
  - b) potwierdzenia kwalifikowalności wydatków / підтвердження прийнятності витрат
  - c) monitoringu / моніторингу
  - d) ewaluacji / оцінки
  - e) badań i analiz / дослідження та аналізу
  - f) kontroli / контролю
  - g) audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje / аудиту, проведеного уповноваженими установами
  - h) sprawozdawczości / звітності
  - i) rozliczenia projektu / розрахунку проекту
  - j) odzyskiwania wyrażonych operatorowi środków dofinansowania / повернення коштів виплачених оператору
  - k) zachowania trwałości projektu / підтримання сталості проекту
  - l) archiwizacji / архівування.
5. Dane osobowe będą przetwarzane przez: / Персональні дані оброблятимуться:
  - a) Operatora Fundusz Górnośląski S.A. z siedzibą w Katowicach, ul. Sokolska 8; kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – e-mail: dane.osobowe@fgsa.pl; / Оператором Fundusz Górnośląski S.A.

- za adresou w Katowicach, вул. Сокольська 8; контактні дані до Інспектора із захисту персональних даних – e-mail: dane.osobowe@fgsa.pl;
- b) Instytucję Zarządzającą RPO WSL / Органом управління РОП Сілезького воєводства;
  - c) Instytucję Pośredniczącą - Wojewódzki Urząd Pracy w Katowicach z siedzibą w Katowicach, ul. Kościuszki 30; kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – e-mail: iod@wup-katowice.pl / Посередницьким органом – Воєводська служба зайнятості в Katowicach за адресою в Katowicach, вул. Костюшка 30; контактні дані до Інспектора із захисту персональних даних – e-mail: iod@wup-katowice.pl;
  - d) instytucje kontrolne upoważnione do przetwarzania danych osobowych na podstawie odrębnych przepisów prawa / контролюючими установами, уповноваженими обробляти персональні дані на підставі окремих законодавчих положень;
  - e) Instytucje dokonujące ewaluacji Programu, upoważnione do przetwarzania danych przez Administratora danych osobowych / установами, що оцінюють Програму, уповноважені на обробку даних Адміністратором персональних даних;
  - f) O powierzeniu danych osobowych do przetwarzania innym podmiotom Uczestnik projektu zostanie poinformowany w drodze pisemnej / Про передачу персональних даних для обробки іншим суб'єктам Учасник проекту буде повідомлений в письмовій формі.
6. Osoba kierowana na usługę rozwojową ma prawo żądać od Operatora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz ma prawo wnieść sprzeciw wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. Wymienione prawa będą traktowane w sposób określony w artykułach 13 do 19 Rozdziału III: „Prawa osoby, której dane dotyczą” RODO / Особа скерована на послуги у сфері розвитку, має право вимагати від Оператора доступу до своїх персональних даних, виправлення, видалення, обмеження обробки або подання заперечення проти обробки даних, а також користуватися можливостями передачі даних. Ці права будуть розглядатися як зазначено у статтях 13-19 розділу III: «Права суб'єкта даних» ЗРЗД.
7. Uczestnik projektu ma prawo do wniesienia skargi do Operatora, Instytucji Pośredniczącej, Instytucji Zarządzającej RPO WSL lub Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku podejrzenia naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych / Учасник проекту має право подати скаргу до Оператора, Посередницького органу, Органу управління РОП Сілезького воєводства або до Голови Управління із захисту персональних даних у разі підозри порушення положень про захист персональних даних.
8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, tym niemniej z uwagi na wymogi obowiązujących przepisów prawa jest konieczne dla objęcia wsparciem w ramach projektu / Надання персональних даних є добровільним, однак, відповідно до вимог чинного законодавства, воно є необхідним для участі в проекті.
9. Podane dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym profilowaniu / Подані дані не підлягатимуть автоматичному прийняттю рішень, включаючи профілювання.

.....  
Data i podpis Uczestnika usługi / (prawnego opiekuna osoby małoletniej – jeśli dotyczy) /  
Дата та підпис Учасника послуги / (законний опікун неповнолітнього - якщо стосується)

#### UWAGA / УВАГА

Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji (faksymile) w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego / Підпис має бути зроблений від руки в оригіналі, а не шляхом відтворення (факсиміле) у вигляді штампа чи роздруківки графічного файлу.

### B.3. ZAŁĄCZNIKI

**Załącznik nr 1:** zaświadczenie o niepełnosprawności (jeśli dotyczy) potwierdzone za zgodność z oryginałem:

- w przypadku osób niepełnosprawnych w rozumieniu *Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* będzie to:
  - ✓ orzeczenie o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności określonych w art. 3 wspomnianej ustawy lub
  - ✓ orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów, lub
  - ✓ orzeczenie o niepełnosprawności, wydane przed ukończeniem 16 roku życia lub
- w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu *Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*:
  - ✓ orzeczenie o niepełnosprawności lub
  - ✓ inny dokument wydany przez lekarza poświadczający stan zdrowia, taki jak orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia o stanie zdrowia.

**Załącznik nr 2:** Kopia deklaracji zgłoszeniowej uczestnika do ZUS potwierdzona za zgodność z oryginałem – Formularz ZUS ZUA lub ZUS ZZA.