

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PRACODAWCY

<b>Tytuł projektu</b>	„ <b>WEEKENDOWA EDUKACJA</b> ”
<b>Nr projektu</b>	POKL-08-01-01-18-350/12-00
<b>Priorytet</b>	VIII Regionalne kadry gospodarki
<b>Działanie</b>	8.1 Rozwój pracowników i przedsiębiorstw w regionie
<b>Poddziałanie</b>	8.1.1 Wspieranie rozwoju kwalifikacji zawodowych i doradztwo dla przedsiębiorstw

<i>Data dostarczenia formularza</i>	
<i>Podpis osoby przyjmującej</i>	

<b>DANE BENEFICJENTA POMOCY/ PRACODAWCY (zgodnie z dokumentem rejestrowym)</b>				
<b>DANE PODSTAWOWE</b>	<i>Nazwa</i>			
	<i>NIP</i>		<i>REGON</i>	<i>PKD</i>
	<i>TYP INSTYTUCJI (zaznaczyć właściwe)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą</li> <li><input type="checkbox"/> Spółka cywilna</li> <li><input type="checkbox"/> Spółka akcyjna</li> <li><input type="checkbox"/> Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością</li> <li><input type="checkbox"/> Spółka jawna</li> <li><input type="checkbox"/> Spółka komandytowa</li> <li><input type="checkbox"/> Spółki przewidziane przepisami kodeksów innych niż cywilny i handlowy</li> <li><input type="checkbox"/> Spółdzielnia</li> </ul>			

	<b>WIELKOŚĆ PRZEDSIĘBIORSTWA</b>	<input type="checkbox"/> Mikro przedsiębiorstwo (zatrudniające do 9 pracowników) <input type="checkbox"/> Małe (zatrudniające od 10 do 49 pracowników) <input type="checkbox"/> Średnie (zatrudniające od 50 do 249 pracowników)		
<b>ADRES SIEDZIBY GŁÓWNEJ FIRMY</b>	ULICA			
	NR DOMU		NR LOKALU	
	KOD POCZTOWY	--- --	MIEJSCOWOŚĆ	
	POWIAT		WOJEWÓDZTWO	
	TELEFON		FAX	
	ADRES E-MAIL			
<b>ADRES JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ FIRMY (inny niż siedziba głównej)</b>	ULICA			
	NR DOMU		NR LOKALU	
	KOD POCZTOWY	--- --	MIEJSCOWOŚĆ	
	POWIAT		WOJEWÓDZTWO	
	TELEFON		FAX	
	ADRES E-MAIL			
<b>OBSZAR (zaznaczyć właściwe)</b>	<input type="checkbox"/> Obszar <b>wiejski</b> – tereny położone poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy wiejsko-miejskiej <input type="checkbox"/> Obszar <b>miejski</b> – miasta oraz część miejska gminy wiejsko-miejskiej			

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej  
do reprezentowania firmy



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt „Weekendowa edukacja” współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Biuro projektu: ul. Legionistów 4, 36- 200 Brzozów, tel.:13 497 10 35, e-mail: [brzozow@irp-fundacja.pl](mailto:brzozow@irp-fundacja.pl), [www.irp-fundacja.pl/weekendowaedukacja](http://www.irp-fundacja.pl/weekendowaedukacja)

## LISTA PRACOWNIKÓW DELEGOWANYCH NA SZKOLENIA

Niniejszym zaświadczam, że oddelegowuję niżej wymienionych pracowników na szkolenia w ramach projektu „Weekendowa edukacja”:

Lp.	IMIĘ	NAZWISKO
1.		
2.		
3.		
4.		

Zaświadczam, że ww. osoba/y jest / są pracownikiem/ami

.....

.....

*(nazwa i adres zakładu pracy)*

.....

*Miejscowość i data*

.....

*Podpis i pieczęć osoby upoważnionej  
do reprezentowania firmy*



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt „Weekendowa edukacja” współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Biuro projektu: ul. Legionistów 4, 36- 200 Brzozów, tel.:13 497 10 35, e-mail: [brzozow@irp-fundacja.pl](mailto:brzozow@irp-fundacja.pl), [www.irp-fundacja.pl/weekendowaedukacja](http://www.irp-fundacja.pl/weekendowaedukacja)

## OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem Uczestnictwa projektu „Weekendowa edukacja” realizowanym przez Europejski Dom Spotkań – Fundację Nowy Staw i akceptuję jego postanowienia.
2. Oświadczam, że przedsiębiorstwo prowadzi działalność gospodarczą i posiada jednostkę organizacyjną (siedzibę/oddział/filię/delegaturę) na terenie województwa podkarpackiego, w jednym z powiatów: bieszczadzki, brzozowski, leski, lubaczowski, przemyski, strzyżowski.
3. Oświadczam, że przedsiębiorstwo nie jest przedsiębiorstwem znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej<sup>1</sup> w rozumieniu Wytycznych Wspólnotowych dotyczących pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw /Dz. Urz. UE 244 z dnia 01.10.2004, str. 2/
4. Oświadczam, że nie ciąży na przedsiębiorstwie obowiązek zwrotu pomocy<sup>2</sup> wynikający z wcześniejszej decyzji Komisji uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*Podpis i pieczęć osoby upoważnionej  
do reprezentowania firmy*

### <sup>1</sup> Zagrożone przedsiębiorstwo

Przedsiębiorstwo zagrożone to takie, które za pomocą środków własnych, ani środków uzyskanych od właścicieli/ akcjonariuszy lub wierzycieli nie jest w stanie powstrzymać strat, a które bez zewnętrznej pomocy państwa niemal na pewno spowoduje jego zniknięcie z rynku w perspektywie krótko- lub średnioterminowej.

*Przedsiębiorstwo jest zagrożone jeśli:*

a) jest to spółka z o.o. - ponad połowa jej zarejestrowanego kapitału została utracona, w tym ponad 1/4 kapitału w ciągu ostatnich 12 miesięcy, lub

b) jest to spółka, której przynajmniej niektórzy członkowie są w sposób nieograniczony odpowiedzialni za jej długi, jeżeli ponad połowa jej kapitału została utracona ( wg sprawozdania finansowego), w tym ponad 1/4 w ciągu ostatnich 12 miesięcy, lub

c) niezależnie od rodzaju spółki – spełnia kryteria w prawie krajowym w zakresie podlegania procedurze upadłościowej

<sup>2</sup> 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. 2a ust. 1 pkt 4 Rozporządzenia MRR z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie udzielania pomocy publicznej w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (Dz.U. Nr 90, poz. 557 ze zm.)

