**Karta oceny formularza rekrutacyjnego**

**I Członek Komisji Rekrutacyjnej**

w ramach

***Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020***

**Oś Priorytetowa 9** *Rynek pracy*

**Działanie 9.3** *Rozwój przedsiębiorczości*

**Arkusz wypełniony przez: Beneficjenta (Projektodawcę)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer ewidencyjny Formularza Rekrutacyjnego** |  |
| **Imię i nazwisko potencjalnego Uczestnika projektu** |  |
| **Imię i nazwisko I Członka Komisji Rekrutacyjnej** |  |
| **Data przeprowadzenia oceny Formularza rekrutacyjnego** |  |

Niniejszym oświadczam, iż:

1. zapoznałem/am się z *Regulaminem rekrutacji uczestników,* dokonując oceny formularzy rekrutacyjnych w ramach projektu pt.: „*Świdnicki Inkubator Przedsiębiorczości*”,
2. zobowiązuję się wypełniać obowiązki członka komisji rekrutacyjnej w sposób sumienny, rzetelny
i bezstronny, zgodnie z posiadaną wiedzą,
3. nie zachodzi żadna okoliczność, mogąca wywołać uzasadnioną wątpliwość co do mojej bezstronności względem osoby ubiegającej się o uczestnictwo w projekcie, w szczególności:
	1. nie jestem małżonkiem, krewnym albo powinowatym w linii prostej lub bocznej do drugiego stopnia osoby, która zło żyła formularz rekrutacyjny,
	2. nie pozostaję z osobą, która złożyła formularz rekrutacyjny, w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
4. zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, jakie uzyskam podczas lub w związku z dokonywaniem oceny formularzy rekrutacyjnych oraz do ich wykorzystywania jedynie w zakresie niezbędnym do dokonania tej oceny.

……………………….. ………………………………

 data podpis

1. **OCENA FORMALNA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO**

Zgodnie z postanowieniami *Regulaminu rekrutacji uczestników* do projektu „*Świdnicki Inkubator Przedsiębiorczości*” realizowanego w ramach Osi priorytetowej 9 *Rynek pracy*, Działanie 9.3 *Rozwój przedsiębiorczości* uzyskanie pozytywnego wyniku oceny formalnej dokonanej przez I Członka Komisji Rekrutacyjnej rekomenduje formularz rekrutacyjny do oceny merytorycznej.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** | **Uzupełniono dnia** |
| Czy Formularz rekrutacyjny został złożony w terminie wskazanym w regulaminie rekrutacji uczestników? |  |  | *Nie dotyczy* |
| Czy wszystkie wymagane pola Formularza rekrutacyjnego zostały wypełnione? |  |  |  |
| Czy Formularz rekrutacyjny został wypełniony w języku polskim? |  |  |  |
| Czy Formularz rekrutacyjny został podpisany w wyznaczonych miejscach przez uprawnioną osobę? |  |  |  |
| Czy status zawodowy Kandydata/Kandydatki kwalifikuje go/ją do udziału w Projekcie? |  |  |  |
| Czy zostały podpisane wszystkie wymagane oświadczenia w Formularzu rekrutacyjnym? |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DECYZJA W SPRAWIE OCENY FORMALNEJ** | **TAK** | **NIE** |
| Formularz rekrutacyjny spełnia wszystkie kryteria formalne i zostaje przekazany do oceny merytorycznej. |  |  |
| Formularz rekrutacyjny zawiera braki/błędy formalne i zostaje skierowany do uzupełnienia.***Uzasadnienie, jeżeli tak:******…………………………………………………………………………………………………………………...******…………………………………………………………………………………………………………………...******…………………………………………………………………………………………………………………...******…………………………………………………………………………………………………………………...*** |  |  |
| Formularz rekrutacyjny zostaje odrzucony.***Uzasadnienie, jeżeli tak:******…………………………………………………………………………………………………………………...******…………………………………………………………………………………………………………………...******…………………………………………………………………………………………………………………...******…………………………………………………………………………………………………………………...*** |  |  |

…..……………………………………………………………….

data i podpis I Członka Komisji Rekrutacyjnej

**II. OCENA MERYTORYCZNA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria oceny** | **Przyznana ilość punktów** | **Maksymalna ilość punktów** | **Uzasadnienie** |
| 1. | **Opis planowanej działalności** gospodarczej z uwzględnieniem, czy dana działalność gospodarcza prowadzona będzie:* **w sektorze białej gospodarki** (tj. sektory związane z lecznictwem, ochroną zdrowia, farmaceutyczne, usługami medyczno-opiekuńczymi oraz przemysłem produktów medycznych) lub **srebrnej gospodarki** (tj. działalności gospodarczej mającej na celu zaspokajanie potrzeb wyłaniających się z procesu starzenia się ludności) lub **zielonej gospodarki** (poza rolnictwem), tj. sektory związane z transportem zbiorowym, odnawialnymi źródłami energii, budownictwem oraz gospodarką odpadami;
* czy dana działalność dotyczy utworzenia **przedsiębiorstwa społecznego**;
* czy w ramach działalności gospodarczej zostaną utworzone **dodatkowe miejsca pracy** w okresie 12 miesięcy od dnia jej rozpoczęcia.
 |  | 0 - 5 |  |
| 2. | Posiadane zasoby tj. kwalifikacje, doświadczenie i umiejętności niezbędne do prowadzenia działalności gospodarczej; |  | 0 - 5 |  |
| 3. | Planowany koszt przedsięwzięcia; |  | 0 - 5 |  |
| 4. | Charakterystyka potencjalnych klientów/odbiorców/kontrahentów; |  | 0 - 5 |  |
| 5. | Charakterystyka konkurencji; |  | 0 - 5 |  |
| 6. | Stopień przygotowania przedsięwzięcia do realizacji . |  | 0 - 5 |  |
| 7. | Planowanie utworzenia przedsiębiorstwa społecznego |  | 0 lub 5 |  |
| 8. | Lokalizacja firmy w powiecie świdnickim |  | 0 lub 5 |  |
| 9. | Okołolotnicza branża planowanego przedsiębiorstwa  |  | 0 lub 5 |  |
| 10. | Działalność gospodarcza w sektorze białej / srebrnej / zielonej gospodarki |  | 0 lub 5 |  |
| 11. | Planowanie utworzenia dodatkowych miejsc pracy  |  | 0 lub 5 |  |
| 12. | Płeć – Kobieta, lubOrzeczona niepełnosprawność |  | 0 lub 5 |  |
| **SUMA OTRZYMANYCH PUNKTÓW:** |  | 60 |  |

 …………………………….….……………………….…………

 data i podpis I Członka Komisji Rekrutacyjnej

**Karta oceny formularza rekrutacyjnego**

**II Członek Komisji Rekrutacyjnej**

w ramach

***Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020***

**Oś Priorytetowa 9** *Rynek pracy*

**Działanie 9.3** *Rozwój przedsiębiorczości*

**Arkusz wypełniony przez: Beneficjenta (Wnioskodawcę)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer ewidencyjny Formularza Rekrutacyjnego** |  |
| **Imię i nazwisko potencjalnego Uczestnika projektu** |  |
| **Imię i nazwisko I Członka Komisji Rekrutacyjnej** |  |
| **Data przeprowadzenia oceny Formularza rekrutacyjnego** |  |

Niniejszym oświadczam, iż:

1. zapoznałem/am się z *Regulaminem rekrutacji uczestników,* dokonując oceny formularzy rekrutacyjnych w ramach projektu pt.: „*Świdnicki Inkubator Przedsiębiorczości*”,
2. zobowiązuję się wypełniać obowiązki członka komisji rekrutacyjnej w sposób sumienny, rzetelny
i bezstronny, zgodnie z posiadaną wiedzą,
3. nie zachodzi żadna okoliczność, mogąca wywołać uzasadnioną wątpliwość co do mojej bezstronności względem osoby ubiegającej się o uczestnictwo w projekcie, w szczególności:
	1. nie jestem małżonkiem, krewnym albo powinowatym w linii prostej lub bocznej do drugiego stopnia osoby, która zło żyła formularz rekrutacyjny,
	2. nie pozostaję z osobą, która złożyła formularz rekrutacyjny, w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
4. zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, jakie uzyskam podczas lub w związku z dokonywaniem oceny formularzy rekrutacyjnych oraz do ich wykorzystywania jedynie w zakresie niezbędnym do dokonania tej oceny.

……………………….. ………………………………

 data podpis

1. **OCENA FORMALNA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO**

Zgodnie z postanowieniami *Regulaminu rekrutacji uczestników* do projektu „*Świdnicki Inkubator Przedsiębiorczości*” realizowanego w ramach Osi priorytetowej 9 *Rynek pracy*, Działanie 9.3 *Rozwój przedsiębiorczości* uzyskanie pozytywnego wyniku oceny formalnej dokonanej przez I Członka Komisji Rekrutacyjnej rekomenduje formularz rekrutacyjny do oceny merytorycznej.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** | **Uzupełniono dnia** |
| Czy Formularz rekrutacyjny został złożony w terminie wskazanym w regulaminie rekrutacji uczestników? |  |  | *Nie dotyczy* |
| Czy wszystkie wymagane pola Formularza rekrutacyjnego zostały wypełnione? |  |  |  |
| Czy Formularz rekrutacyjny został wypełniony w języku polskim? |  |  |  |
| Czy Formularz rekrutacyjny został podpisany w wyznaczonych miejscach przez uprawnioną osobę? |  |  |  |
| Czy status zawodowy Kandydata/Kandydatki kwalifikuje go/ją do udziału w Projekcie? |  |  |  |
| Czy zostały podpisane wszystkie wymagane oświadczenia w Formularzu rekrutacyjnym? |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DECYZJA W SPRAWIE OCENY FORMALNEJ** | **TAK** | **NIE** |
| Formularz rekrutacyjny spełnia wszystkie kryteria formalne i zostaje przekazany do oceny merytorycznej. |  |  |
| Formularz rekrutacyjny zawiera braki/błędy formalne i zostaje skierowany do uzupełnienia.***Uzasadnienie, jeżeli tak:******…………………………………………………………………………………………………………………...******…………………………………………………………………………………………………………………...******…………………………………………………………………………………………………………………...******…………………………………………………………………………………………………………………...*** |  |  |
| Formularz rekrutacyjny zostaje odrzucony.***Uzasadnienie, jeżeli tak:******…………………………………………………………………………………………………………………...******…………………………………………………………………………………………………………………...******…………………………………………………………………………………………………………………...******…………………………………………………………………………………………………………………...*** |  |  |

…..……………………………………………………………….

data i podpis II Członka Komisji Rekrutacyjnej

**II. OCENA MERYTORYCZNA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria oceny** | **Przyznana ilość punktów** | **Maksymalna ilość punktów** | **Uzasadnienie** |
| 1. | **Opis planowanej działalności** gospodarczej z uwzględnieniem, czy dana działalność gospodarcza prowadzona będzie:* **w sektorze białej gospodarki** (tj. sektory związane z lecznictwem, ochroną zdrowia, farmaceutyczne, usługami medyczno-opiekuńczymi oraz przemysłem produktów medycznych) lub **srebrnej gospodarki** (tj. działalności gospodarczej mającej na celu zaspokajanie potrzeb wyłaniających się z procesu starzenia się ludności) lub **zielonej gospodarki** (poza rolnictwem), tj. sektory związane z transportem zbiorowym, odnawialnymi źródłami energii, budownictwem oraz gospodarką odpadami;
* czy dana działalność dotyczy utworzenia **przedsiębiorstwa społecznego**;
* czy w ramach działalności gospodarczej zostaną utworzone **dodatkowe miejsca pracy** w okresie 12 miesięcy od dnia jej rozpoczęcia.
 |  | 0 - 5 |  |
| 2. | Posiadane zasoby tj. kwalifikacje, doświadczenie i umiejętności niezbędne do prowadzenia działalności gospodarczej; |  | 0 - 5 |  |
| 3. | Planowany koszt przedsięwzięcia; |  | 0 - 5 |  |
| 4. | Charakterystyka potencjalnych klientów/odbiorców/kontrahentów; |  | 0 - 5 |  |
| 5. | Charakterystyka konkurencji; |  | 0 - 5 |  |
| 6. | Stopień przygotowania przedsięwzięcia do realizacji . |  | 0 - 5 |  |
| 7. | Planowanie utworzenia przedsiębiorstwa społecznego |  | 0 lub 5 |  |
| 8. | Lokalizacja firmy w powiecie świdnickim |  | 0 lub 5 |  |
| 9. | Okołolotnicza branża planowanego przedsiębiorstwa  |  | 0 lub 5 |  |
| 10. | Działalność gospodarcza w sektorze białej / srebrnej / zielonej gospodarki |  | 0 lub 5 |  |
| 11. | Planowanie utworzenia dodatkowych miejsc pracy  |  | 0 lub 5 |  |
| 12 | Płeć – Kobieta, lubOrzeczona niepełnosprawność |  | 0 lub 5 |  |
| **SUMA OTRZYMANYCH PUNKTÓW:** |  | 60 |  |

 …………………………….….……………………….…………

 data i podpis II Członka Komisji Rekrutacyjnej

1. **ZBIORCZA OCENA MERYTORYCZNA**

|  |
| --- |
| ***ZBIORCZA OCENA MERYTORYCZNA*** |
| **Lp.** | **Kryteria** | **Przyznana liczba punktów** | **Maks. liczba pkt.** |
| **I ocena** | **II ocena** | **Średnia** |
| **1.** | **Opis planowanej działalności gospodarczej** z uwzględnieniem, czy dana działalność gospodarcza prowadzona będzie:* **w sektorze białej gospodarki** (tj. sektory związane z lecznictwem, ochroną zdrowia, farmaceutyczne, usługami medyczno-opiekuńczymi oraz przemysłem produktów medycznych) lub **srebrnej gospodarki** (tj. działalności gospodarczej mającej na celu zaspokajanie potrzeb wyłaniających się z procesu starzenia się ludności) lub **zielonej gospodarki** (poza rolnictwem), tj. sektory związane z transportem zbiorowym, odnawialnymi źródłami energii, budownictwem oraz gospodarką odpadami;
* czy dana działalność dotyczy utworzenia **przedsiębiorstwa społecznego**;
* czy w ramach działalności gospodarczej zostaną utworzone **dodatkowe miejsca pracy** w okresie 12 miesięcy od dnia jej rozpoczęcia.
 |  |  |  | **5** |
| **2.** | Posiadane zasoby tj. kwalifikacje, doświadczenie i umiejętności niezbędne do prowadzenia działalności gospodarczej; |  |  |  | **5** |
| **3.** | Planowany koszt przedsięwzięcia; |  |  |  | **5** |
| **4.** | Charakterystyka potencjalnych klientów/odbiorców/kontrahentów; |  |  |  | **5** |
| **5.** | Charakterystyka konkurencji; |  |  |  | **5** |
| **6.** | Stopień przygotowania przedsięwzięcia do realizacji. |  |  |  | **5** |
| 7. | Planowanie utworzenia przedsiębiorstwa społecznego |  |  |  | **5** |
| 8. | Lokalizacja firmy w powiecie świdnickim |  |  |  | **5** |
| 9. | Okołolotnicza branża planowanego przedsiębiorstwa  |  |  |  | **5** |
| 10. | Działalność gospodarcza w sektorze białej / srebrnej / zielonej gospodarki |  |  |  | **5** |
| 11. | Planowanie utworzenia dodatkowych miejsc pracy  |  |  |  | **5** |
| 12. | Płeć – Kobieta, lubOrzeczona niepełnosprawność |  |  |  | **5** |
| ***RAZEM*** |  |  |  | **60** |

***Łączna liczba przyznanych punktów ………………***

|  |
| --- |
| ***CZY PRZEDSIĘWZIĘCIE SPEŁNIA WYMAGANIA MINIMALNE (tj. 60% PUNKTÓW), ABY UZYSKAĆ DOFINANSOWANIE?*** |
| **□ TAK** | **□ NIE** |
| ***Uzasadnienie:*** |

|  |  |
| --- | --- |
| *Imię i nazwisko I Członka Komisji* | Imię i nazwisko II Członka Komisji |
| Podpis | Podpis |
| Miejsce, data | Miejsce, data |