



**Wniosek rekrutacyjny przedsiębiorców oraz uczestników  
Akademii Menadżera Innowacji (AMI)**

**VI edycja**

**PAMI.02.21.00**

**Oś priorytetowa II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji**

**Działanie 2.21 Poprawa zarządzania, rozwój kapitału ludzkiego oraz wsparcie procesów innowacyjnych  
w przedsiębiorstwach**

|   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Numer wniosku rekrutacyjnego  |                          |                          |                          |
| Data złożenia wniosku rekrutacyjnego<br>w Generatorze Wniosków  |                          |                          |                          |
| <b>I. Wnioskodawca – informacje ogólne</b>  |                          |                          |                          |
| Nazwa Wnioskodawcy  |                          |                          |                          |
| Status Wnioskodawcy   |                          |                          |                          |
| Na dzień składania wniosku rekrutacyjnego Wnioskodawca zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) NR 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającym niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu oświadczają, że jest przedsiębiorcą: |                          |                          |                          |
| mikro   | małym                    | średnim                  | dużym                    |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Forma prawna Wnioskodawcy   |                          |                          |                          |
| NIP Wnioskodawcy  |                          |                          |                          |
| REGON   |                          |                          |                          |
| Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym  |                          |                          |                          |
| Kod PKD przeważającej działalności<br>Wnioskodawcy  |                          |                          |                          |
| Adres siedziby/miejsca prowadzenia działalności gospodarczej<br>Wnioskodawcy  |                          |                          |                          |
| Kraj  |                          | Polska                   |                          |
| Województwo   |                          |                          |                          |
| Powiat  |                          |                          |                          |
| Gmina   |                          |                          |                          |
| Ulica   |                          |                          |                          |
| Nr budynku  |                          |                          |                          |
| Nr lokalu   |                          |                          |                          |
| Kod pocztowy  |                          |                          |                          |
| Poczta  |                          |                          |                          |
| Miejscowość   |                          |                          |                          |
| Telefon   |                          |                          |                          |
| Adres e-mail  |                          |                          |                          |
| Adres strony www  |                          |                          |                          |
| W przypadku spółki cywilnej dodanie kolejnych rekordów pod hasłem „Wspólnik”  |                          |                          |                          |
| Imię  |                          |                          |                          |
| Nazwisko  |                          |                          |                          |
| NIP Wspólnika   |                          |                          |                          |
| PESEL   |                          |                          |                          |
| Województwo   |                          |                          |                          |
| Powiat  |                          |                          |                          |
| Gmina   |                          |                          |                          |
| Ulica   |                          |                          |                          |
| Nr budynku  |                          |                          |                          |
| Nr lokalu   |                          |                          |                          |
| Kod pocztowy  |                          |                          |                          |

|              |  |
|--------------|--|
| Poczta       |  |
| Miejscowość  |  |
| Telefon      |  |
| Adres e-mail |  |

| <b>II. Opis Wnioskodawcy</b>   |   |                              |                                      |
|--|---|------------------------------|--------------------------------------|
| Opisz na czym polega podstawowa działalność przedsiębiorstwa   | Pole txt. max.10000 znaków  |                              |                                      |
| Czy przedsiębiorstwo opracowało strategię rozwoju w przeciągu ostatnich 18 miesięcy przed datą złożenia wniosku?   | Tak <input type="checkbox"/>  | Nie <input type="checkbox"/> |                                      |
| Czy tworzenie i wdrażanie innowacji jest elementem strategii rozwoju przedsiębiorstwa?   | Tak <input type="checkbox"/>  | Nie <input type="checkbox"/> |                                      |
| Opisz i uzasadnij, dlaczego udział przedsiębiorstwa w AMI jest istotny i jakie korzyści dzięki temu osiągnie   | Pole txt. max. 10000 znaków   |                              |                                      |
| Czy przedsiębiorstwo w ciągu ostatnich 12 miesięcy zapewniło swoim pracownikom szkolenia rozwijające umiejętności związane z technologiami informatyczno-komunikacyjnymi (TIK)             | Tak <input type="checkbox"/>  | Nie <input type="checkbox"/> | Nie dotyczy <input type="checkbox"/> |
| Czy przedsiębiorstwo w 2022r. prowadziło działalność innowacyjną   | Tak <input type="checkbox"/>  | Nie <input type="checkbox"/> | Nie dotyczy <input type="checkbox"/> |
| Czy planowane innowacje będą miały wpływ na działania proekologiczne przedsiębiorstwa tj. czy wpłyną na zmniejszenie negatywnego oddziaływania działalności przedsiębiorstwa na środowisko | Tak <input type="checkbox"/>  | Nie <input type="checkbox"/> | Nie dotyczy <input type="checkbox"/> |
| <b>Diagnoza przedsiębiorstwa metodą Innovation Health Check (IHC)</b>  |   |                              |                                      |
| Czy w przedsiębiorstwie, w okresie ostatnich 18 miesięcy, przeprowadzono diagnozę metodą IHC   | Tak <input type="checkbox"/>  | Nie <input type="checkbox"/> |                                      |
| Opisz, jakie były główne wnioski z przeprowadzonej diagnozy metodą IHC   | Pole txt. max. 10000 znaków /w przypadku odpowiedzi NIE powyżej – pole blokowane/ |                              |                                      |
| Niezależnie od diagnozy określ i opisz, jakie widzisz dwa główne obszary problemowe w zakresie zarządzania innowacjami w przedsiębiorstwie   | Pole txt. max.10000 znaków  |                              |                                      |

| <b>III. Wnioskodawca – adres korespondencyjny</b> |        |
|---|--------|
| Kraj  | Polska |
| Województwo                                       |        |
| Powiat  |        |
| Gmina   |        |
| Ulica   |        |
| Nr budynku  |        |
| Nr lokalu   |        |
| Kod pocztowy                                      |        |

|              |  |
|--------------|--|
| Poczta       |  |
| Miejscowość  |  |
| Telefon      |  |
| Adres e-mail |  |

| IV. Osoba do kontaktów roboczych |  |
|----------------------------------|--|
| Imię                             |  |
| Nazwisko                         |  |
| Stanowisko                       |  |
| Telefon                          |  |
| Adres e-mail                     |  |

| V. Pracownicy Wnioskodawcy zgłoszeni do udziału w AMI  |  |                              |
|--|--|------------------------------|
| <b>Pracownik nr 1/2/3/4</b>  |  |                              |
| Nazwa stanowiska   |  |                              |
| Dział przedsiębiorstwa   |  |                              |
| Czy pracownik ma realny wpływ na podejmowane decyzje w przedsiębiorstwie   | Tak <input type="checkbox"/>   | Nie <input type="checkbox"/> |
| Jeśli NIE, to czy pracownik jest kluczowy dla procesu zarządzania innowacjami?   | Tak <input type="checkbox"/>   | Nie <input type="checkbox"/> |
| Zakres odpowiedzialności / zakres obowiązków / rola pracownika w obecnej działalności przedsiębiorstwa   | Pole txt. max. 10000 znaków /Sekcja będzie powielana, z walidacją na liczbę uczestników/ |                              |
| Zakres odpowiedzialności / zakres obowiązków / rola pracownika w przyszłej działalności przedsiębiorstwa   | Pole txt. max. 10000 znaków  |                              |
| Uzasadnienie wyboru zgłoszonego pracownika (także w kontekście przyszłej roli w zespole odpowiedzialnym za zarządzanie innowacjami)              | Pole txt. max. 10000 znaków  |                              |
| Czy pracownik pełni funkcje zarządcze w przedsiębiorstwie (jest np. właścicielem, prezesem zarządu, członkiem zarządu lub dyrektorem generalnym) | Tak <input type="checkbox"/>   | Nie <input type="checkbox"/> |

| VI. Upowszechnienie rezultatów AMI w przedsiębiorstwie |
|--|
|  |

|   |  |                              |
|---|--|------------------------------|
| W rekrutacji wspierała Wnioskodawcę firma   | Lista rozwijana z wartościami, wybór jednej opcji. Pole wymagane<br>- Instytut Kreowania Przedsiębiorczości Sp. z o.o. (działający pod marką Startup Academy) oraz Dream World Krzysztof Węglarz (Wykonawca usług szkoleniowych)<br>- INVESTIN sp. z o.o. oraz Fundacja Zaawansowanych Technologii (Wykonawca usług doradczych)<br>- Nie dotyczy |                              |
| Opisz, w jaki sposób kompetencje (wiedza, umiejętności, postawy) nabyte przez pracowników w AMI zostaną wykorzystane do rozwoju przedsiębiorstwa  | Pole txt. max. 10000 znaków  |                              |
| Opisz, w jaki sposób planujesz upowszechnić wiedzę na temat udziału w AMI wśród pracowników przedsiębiorstwa, którzy nie zostaną oddelegowani do udziału w AMI  | Pole txt. max. 10000 znaków  |                              |
| <b>Deklaracja o aktywnym udziale pracowników w AMI</b>  |  |                              |
| <b>Deklaruję, że pracownicy delegowani do udziału w AMI będą brać aktywny udział w części szkoleniowej (zjazdy) i części doradczej (praca w przedsiębiorstwie) oraz opracują i zaprezentują Plan Wdrożenia Zmiany</b> | Tak <input type="checkbox"/>   | Nie <input type="checkbox"/> |

Niniejsza część pełni wyłącznie charakter informacyjny i nie stanowi kryterium rekrutacji do programu AMI ani kryterium ewaluacji w programie AMI. Poniższe informacje potrzebne są dla większej personalizacji interwencji ze względu na stopień innowacyjności Wnioskodawców i charakter ich działalności innowacyjnej.

| <b>VII. Charakterystyka przedsiębiorstwa</b>                                 |                 |            |                |
|--|-----------------|------------|----------------|
| <i>Nazwa</i>   | Jednostka miary | Rok bazowy | Wartość bazowa |
| Wysokość nakładów na działalność innowacyjną poniesionych przez Wnioskodawcę | zł              | 2020       |                |
| w tym na działalność badawczo-rozwojową                                      | zł              | 2020       |                |
| Liczba dokonanych przez Wnioskodawcę zgłoszeń patentowych w Urzędzie         | szt.            | 2020       |                |

|  |               |      |  |
|--|---------------|------|--|
| Patentowym RP, EPO lub innym urzędzie zagranicznym   |               |      |  |
| Ile nowych lub ulepszonych wyrobów wprowadził Wnioskodawca   | <i>liczba</i> | 2020 |  |
| Ile nowych lub ulepszonych usług wprowadził Wnioskodawca   | <i>liczba</i> | 2020 |  |
| Ile nowych lub ulepszonych procesów biznesowych, tj. znacznie różniących się od dotychczas stosowanych wprowadził Wnioskodawca | <i>liczba</i> | 2020 |  |
| Liczba pracowników zaangażowanych w działalność innowacyjną przedsiębiorstwa, w tym w działalność badawczo-rozwojową           | <i>liczba</i> | 2020 |  |
| Liczba złożonych wniosków o dofinansowanie działalności innowacyjnej Wnioskodawcy ze środków publicznych                       | <i>liczba</i> | 2020 |  |
| w tym liczba wniosków, które otrzymały dofinansowanie  | <i>liczba</i> | 2020 |  |

### VIII. Pomoc *de minimis*

Ubiegam się o pomoc *de minimis*

Tak

Nie

### IX. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że tajemnicę przedsiębiorstwa Wnioskodawcy podlegającą ochronie stanowią informacje zawarte w następujących częściach wniosku rekrutacyjnego przedsiębiorców oraz uczestników AMI:

I. Wnioskodawca – informacje ogólne

II. Opis Wnioskodawcy

III. Wnioskodawca – adres korespondencyjny

IV. Osoba do kontaktów roboczych

V. Pracownicy Wnioskodawcy zgłoszeni do udziału w AMI

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/>   | VI. Upowszechnienie rezultatów AMI w przedsiębiorstwie |
| <input type="checkbox"/>   | VII. Charakterystyka przedsiębiorstwa                  |
| <input type="checkbox"/>   | VIII. Pomoc publiczna/pomoc <i>de minimis</i>          |
| Podstawa prawna ochrony ww. tajemnicy ze względu na status Wnioskodawcy:   |  |
| ustawa z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2020 r. poz. 1913, z późn. zm.) |  |
| Inne (jakie):  | Pole txt. max. 2000 znaków                             |

1. Oświadczam, że jestem świadomy:
  - a) że podstawowym rodzajem pomocy udzielanej w ramach AMI jest pomoc *de minimis*;
  - b) że w przypadku Wnioskodawcy będącego mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwem, gdy udzielenie wsparcia spowodowałoby przekroczenie dopuszczalnej wielkości pomocy *de minimis* lub wykorzystał on już dozwolony limit pomocy *de minimis* (200 tys. EUR lub 100 tys. EUR w przypadku prowadzonej działalności w transporcie drogowym towarów), może on skorzystać z pomocy publicznej na doradztwo i szkolenia (z zachowaniem warunków określonych w art. 18 i/lub art. 31 rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014);
  - c) że w przypadku Wnioskodawcy będącego dużym przedsiębiorstwem, gdy udzielenie wsparcia spowodowałoby przekroczenie dopuszczalnej wielkości pomocy *de minimis* lub wykorzystał on już dozwolony limit pomocy *de minimis* (200 tys. EUR lub 100 tys. EUR w przypadku prowadzonej działalności w transporcie drogowym towarów), może on skorzystać z pomocy publicznej na szkolenia (z zachowaniem warunków określonych w art. 31 rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014).
2. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku rekrutacyjnym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji przedsiębiorców oraz uczestników AMI i akceptuję jego zasady.
4. Oświadczam, że jestem gotowy do prowadzenia/wdrażania działalności innowacyjnej.
5. Oświadczam, iż w przypadku otrzymania dofinansowania nie naruszę zasady zakazu podwójnego finansowania określonej w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020.
6. Oświadczam, że instytucja którą reprezentuję nie zalega z uiszczaniem podatków, jak również z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami.
7. Oświadczam, że jestem uprawniony do reprezentowania przedsiębiorcy w zakresie objętym niniejszym wnioskiem rekrutacyjnym.
8. Oświadczam, że nie jestem podmiotem wykluczonym z możliwości otrzymania wsparcia/dofinansowania:
  - a. na podstawie art. 37 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2020 r. poz. 818, z późn. zm.),
  - b. na podstawie art. 6b ust. 3 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości (Dz. U. z 2020 r. poz. 299, z późn. zm.),
  - c. na podstawie art. 207 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 305, z późn. zm.),
  - d. na podstawie art. 211 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2005 r. Nr 249, poz. 2104, z późn. zm.),
  - e. na podstawie art. 9 ust. 1 pkt 2a ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2020 r. poz. 358, z późn. zm.),

- f. w związku z orzeczeniem zakazu, o którym mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy o finansach publicznych na podstawie art. 12 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2021 r. poz.7691745),
- g. w związku z obowiązkiem zwrotu pomocy publicznej wynikający z decyzji Komisji Europejskiej uznającej taką pomoc przyznaną przez Rzeczpospolitą Polską za niezgodną z prawem oraz z rynkiem wewnętrznym.
9. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję, nie podlega wykluczeniu z możliwości otrzymania wsparcia na podstawie art. 1 rozporządzeniem Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1).
10. Oświadczam, że nie jestem przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji w rozumieniu art. 2 pkt. 18 rozporządzenia Komisji (WE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014 r., str. 1).
11. Oświadczam, że jednostka gospodarcza (rozumiana jako jedno przedsiębiorstwo to grupa przedsiębiorstw powiązanych tworzących jeden podmiot gospodarczy zgodnie z art. 2 ust. 2 Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis*) lub w przypadku niewystępowania pomocy *de minimis*, zgodnie z art. 3 Załącznika nr 1 do Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014 r.), do której należą, nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji w rozumieniu art. 2 pkt 18 Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014 r., str. 1).
12. Oświadczam, że jestem świadomy, że wsparcie nie może zostać udzielone DP w przypadku gdy udzielenie pomocy na pokrycie kosztów usług doradczych spowodowałoby przekroczenie dopuszczalnej wielkości pomocy *de minimis*. W przypadku wyczerpania limitu dopuszczalnej pomocy *de minimis*, pozostałą część kosztów usług doradczych ponoszonych w ramach AMI DP pokryje z własnych środków.
13. Oświadczam, że jestem świadomy wskazanych w Regulaminie rekrutacji przedsiębiorców oraz uczestników Akademii Menadżera Innowacji skutków niezachowania ustalonych przez instytucję organizującą rekrutację formy i sposobu komunikacji, w tym wzywania do uzupełnienia lub poprawienia wniosku rekrutacyjnego oraz przedstawienia wyjaśnień dot. wniosku w trakcie jego oceny w części dotyczącej spełnienia przez niego kryteriów rekrutacji.
14. Oświadczam, że jestem świadomy zapewnienia w niezbędnym stopniu udziału wskazanych we wniosku rekrutacyjnym pracowników w AMI, zarówno podczas wszelkich spotkań szkoleniowo-doradczych realizowanych w trakcie jej trwania (uczestnictwo w zjazdach) jak i podczas pracy wykonywanej przez pracowników w związku z realizacją AMI bezpośrednio w przedsiębiorstwie.
15. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że administratorem danych wnioskodawców zbieranych i przetwarzanych w celu udziału tych osób w procesie składania wniosków rekrutacyjnych przedsiębiorców oraz uczestników AMI w ramach działania 2.21 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 jest Minister Funduszy i Polityki Regionalnej z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa. Osobom, które we wniosku rekrutacyjnym podały swoje dane osobowe przysługuje prawo wglądu do treści tych danych oraz ich poprawienia. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji ww. celu w ramach wdrażania POWER. Osobom, które we wniosku rekrutacyjnym podały swoje dane osobowe przysługuje prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania. Osobom, które we wniosku rekrutacyjnym podały swoje dane osobowe przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. Dane osobowe są przetwarzane na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020. Okres przetwarzania danych jest zgodny z art. 140 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego



i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. oraz jednocześnie nie krótszy niż 10 lat od dnia przyznania ostatniej pomocy w ramach programu pomocowego. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych - [IOD@mfiipr.gov.pl](mailto:IOD@mfiipr.gov.pl). Dane osobowe są przetwarzane przez Odbiorcę Danych, tj. Polską Agencję Rozwoju Przedsiębiorczości z siedzibą: ul. Pańska 81/83, 00-834 Warszawa.

16. Oświadczam, że dochowam wszelkiej staranności do zapewnienia stosowania zasady równości szans i niedyskryminacji a także równości szans kobiet i mężczyzn, zgodnie z Wytycznymi Ministra Inwestycji i Rozwoju w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020.
17. Wyrażam zgodę na udzielanie informacji na potrzeby ewaluacji (ocen), przeprowadzanych przez Instytucję Zarządzającą, Instytucję Pośredniczącą lub inną uprawnioną instytucję lub jednostkę organizacyjną lub podmiot dokonujący ewaluacji.