***Załącznik nr 2b do Umowy Wsparcia w Projekcie***

***„Akademia Transformacji Cyfrowej MMŚP” nr POWR.02.21.00-00-AM26/21***

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA (WŁAŚCICIELA/PRACOWNIKA)**

**FORMULARZ PROSIMY UZUPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZYĆ „X”**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Właściciel** | | | **Osoba pełniąca funkcję kierowniczą**  **Osoba przewidziana do pełnienia funkcji   kierowniczej** | |
| 1 | Imię (imiona) | | |  | |
| 2 | Nazwisko | | |  | |
| 3 | Płeć | | | Kobieta  Mężczyzna | |
| 4 | PESEL | | | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | |
| 5 | Wykształcenie | | | Niższe niż podstawowe |  |
| Podstawowe |  |
| Gimnazjalne |  |
| Ponadgimnazjalne |  |
| Policealne |  |
| Wyższe |  |
| 6 | Ulica | | |  | |
| 7 | Nr domu | | |  | |
| 8 | Nr lokalu | | |  | |
| 9 | Miejscowość | | |  | |
| 10 | Kod pocztowy | | |  | |
| 11 | Województwo | | |  | |
| 12 | Powiat | | |  | |
| 13 | Gmina | | |  | |
| 14 | Telefon kontaktowy (komórkowy lub stacjonarny) | | |  | |
| 15 | Adres poczty elektronicznej (e-mail) | | |  | |
| 16 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | Tak |  |
| Nie |  |
| w tym: | | osoba długotrwale bezrobotna |  |
| Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | Tak |  |
| Nie |  |
| Osoba bierna zawodowo | | Tak |  |
| Nie |  |
| w tym: | | osoba ucząca się |  |
| osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu |  |
| 17 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | Osoba pracująca | Tak | |  |
| Nie | |  |
| w tym: | osoba pracująca w administracji rządowej | |  |
| osoba pracująca w administracji samorządowej | |  |
| osoba pracująca w organizacji pozarządowej | |  |
| **osoba pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie (MMŚP)** | |  |
| osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie | |  |
| **osoba prowadząca działalność na własny rachunek** | |  |
| Inne | |  |
| Wykonywany zawód | Instruktor praktycznej nauki zawodu | |  |
| Nauczyciel kształcenia ogólnego | |  |
| Nauczyciel wychowania przedszkolnego | |  |
| Nauczyciel kształcenia zawodowego | |  |
| Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia | |  |
| Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej | |  |
| Pracownik instytucji rynku pracy | |  |
| Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego | |  |
| Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej | |  |
| Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej | |  |
| Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej | |  |
| Rolnik | |  |
| Inny | |  |
| Zatrudniony w: (nazwa i adres) |  | | |
| 18 | Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | Tak |  |
| Nie |  |
| Odmowa podania informacji |  |
| Osoba z niepełnosprawnościami | | Tak |  |
| Nie |  |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) - osoba z wykształceniem niższym niż podstawowe, osoba bezdomna, osoba wykluczona z dostępu do mieszkań, osoba pochodząca z obszarów wiejskich, były więzień, narkoman | | Tak |  |
| Nie |  |
| Odmowa podania informacji |  |

* Oświadczam, że jestem zatrudniona/y u pracodawcy:
  + **na stanowisku………………………………………………………………….……………**
  + **forma zatrudnienia ………………………………………………………….……………**
* Oświadczam, że dane podane w Formularzu są zgodne z prawdą.
* W związku z przystąpieniem do Projektu Akademia Menadżera MMŚP kompetencje w zakresie cyfryzacji realizowanego przez Łódzką Izbę Przemysłowo-Handlową w ramach projektu Akademia Transformacji Cyfrowej MMŚP, dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego działanie 2.21 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 Poprawa zarządzania, rozwoju kapitału ludzkiego oraz wsparcie procesów innowacyjnych w przedsiębiorstwach, nr konkursu: **POWR.02.21.00-IP.09-00-001/21** oświadczam, że nie uczestniczyłem/łam, nie uczestniczę oraz nie będę uczestniczyć w usługach rozwojowych (np.: szkolenia, doradztwo, studia podyplomowe) w ramach niniejszego konkursu **w projektach prowadzonych przez innych Operatorów**.
* Ja, niżej podpisana, jestem świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

|  |  |
| --- | --- |
| …..………………………….…………………………… | ………………………………………………………………….…............................... |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/-CZKI* |