**Załącznik nr 2b do Umowy wsparcia**

**„Przepis na Rozwój - kompetencje Sektora Opieki Zdrowotnej i Pomocy Społecznej"**

**nr POWR.02.21.00-00-R168/21**

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Imię (imiona) | | |  | | |
| 2. | Nazwisko | | |  | | |
| 3. | Płeć | | | Kobieta  Mężczyzna | | |
| 4. | PESEL | | |  | | |
| 5. | Wykształcenie | | | Niższe niż podstawowe |  | |
|  |  | | | Podstawowe |  | |
|  |  | | | Gimnazjalne |  | |
|  |  | | | Ponadgimnazjalne |  | |
|  |  | | | Policealne |  | |
|  |  | | | Wyższe |  | |
| 6. | Adres zamieszkania: 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 |  | |
| 16. | 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 (MŚP)** | | |  | |
|  |  |  | **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) |  | | | | |
| 17. | 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 |  | |
|  |  |  | | Odmowa podania informacji |  | |
|  |  | 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 |  | |

1. **W związku z zapisami Regulaminu Rekrutacji „Przedsiębiorstwo, które czynnie działa w kilku sektorach objętych wsparciem w ramach konkursu będzie miało możliwość udziału w więcej niż jednym projekcie, jednak do udziału we wsparciu musi wydelegować różne osoby (PESEL-e) oświadczam, że:**

 **nie uczestniczyłam/łem, nie uczestniczę/ nie będę uczestniczyć**

w usługach rozwojowych (np.: szkolenia, doradztwo, studia podyplomowe) rekomendowanych przez Sektorową Radę ds. kompetencji realizowanych   
w ramach konkursu „Szkolenia lub doradztwo wynikające z Rekomendacji Sektorowych Rad ds. kompetencji” (nr POWR.02.21.00-IP.09-00-004/18) realizowanego w ramach działania 2.21 3 typ 4 PO WER

1. **W związku z zaznaczeniem przez Przedsiębiorstwo kryterium premiującego nr 2 (na etapie składania wniosku) oświadczam, że:[[1]](#footnote-2)**

 **nie uczestniczyłam/łem, nie uczestniczę/ nie będę uczestniczyć** **uczestniczyłam/łem**, **uczestniczę/ będę** **uczestniczyć**

w usługach rozwojowych (np.: szkolenia, doradztwo, studia podyplomowe) rekomendowanych przez Sektorową Radę ds. kompetencji realizowanych   
w ramach konkursu „Kompetencje dla sektorów” (nr POWR.02.21.00-IP.09-00-004/20) w ramach działania 2.21 3 typ 4 PO WER poza projektem „Przepis na Rozwój - kompetencje Sektora Opieki Zdrowotnej i Pomocy Społecznej" nr POWR.02.21.00-00-R168/21.

**3. Oświadczam, że dane podane w Formularzu są zgodne z prawdą.**

**Ja, niżej podpisana, jestem świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.**

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

1. Zaznaczyć, jeżeli dotyczy [↑](#footnote-ref-2)