**Załącznik nr 2 b do Umowy wsparcia w projekcie**

**„Przepis na Menedżera i zadania anty-covidowe dla sektorów: chemicznego, usług rozwojowych i motoryzacyjnego” nr POWR.02.21.00-00-3028 /18**

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p | **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 (MŚP)** | | |  | |
|  |  |  | 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 bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | Tak |  | |
|  |  |  | | Nie |  | |
|  |  | 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 dane podane w Formularzu są zgodne z prawdą.

Ja, niżej podpisana, jestem świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

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