**Załącznik nr 2b do Umowy wsparcia w projekcie Przepis na Menedżera**

**i zadania anty-covidowe dla sektorów: chemicznego, usług rozwojowych i motoryzacyjnego**

**(Zadania COVID-19)**

**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 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) |  | | | | |
| 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.Oświadczam, że nie uczestniczyłem/łam, nie uczestniczę oraz nie będę uczestniczyć w usługach rozwojowych (np. szkolenia, doradztwo) rekomendowanych przez Rady Sektorowe ds. kompetencji w ramach Zadań Covid-19 u następujących Operatorów:**

• KDK Info Sp. z o.o. z siedzibą przy Al. Jana Pawła II 25, 00-854 Warszawa, sektor komunikacja marketingowa

• MDDP spółka akcyjna Akademia Biznesu Sp. k. z siedzibą przy Al. Jana Pawła II 25, 00-854 Warszawa, sektor żywność   
 wysokiej jakości

• Stowarzyszenie Ostrowskie Centrum Wspierania Przedsiębiorczość z siedzibą przy ul. Szkolnej 24, 63-400 Ostrów   
 Wielkopolski, sektor finansowy

• CTS Customized Training Solutions Sp. z o.o. z siedzibą przy Al. Jana Pawła II 25, 00-854 Warszawa, sektor IT

• Krajowa Izba Gospodarcza z siedzibą przy ul. Trębackiej 4, 00-074 Warszawa, sektor opieka zdrowotna i pomoc   
 społeczna, odzysk materiałowy surowców, gospodarka wodno-ściekowa i rekultywacja, handel

• Małopolska Agencja Rozwoju Regionalnego S.A. z siedzibą przy ul. Kazimierza Kordylewskiego 11, 31-542 Kraków sektor   
 telekomunikacja i cyberbezpieczeństwo, lotniczo-kosmiczny

**2.Oświadczam, że należę do** **Pracowników rekomendowanej grupy docelowej** dla danej usługi rozwojowej – zgodnie z rekomendacją Rady Sektorowej.

**3. 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* |
|  |  |