**Załącznik nr 5 do Umowy wsparcia**

Dane Beneficjentów ostatecznych – uczestników indywidualnych (w tym osób fizycznych, prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | | | | | | |
| 1 | Kraj | | | Polska | | | |
| 2 | Rodzaj uczestnika | | | **X** Pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu  Inny (jaki?) ………………………………………… | | | |
| 3 | Nazwa instytucji | | |  | | | |
| 4 | Imię | | |  | | | |
| 5 | Nazwisko | | |  | | | |
| 6 | PESEL | | |  | | | |
| 7 | Wykształcenie | | | Niższe niż podstawowe Podstawowe Gimnazjalne  Ponadgimnazjalne /ponadpodstawowe (liceum, technikum, szkoła zawodowa)  Policealne Wyższe | | | |
| 8 | Województwo[[1]](#footnote-1) | | |  | | | |
| 9 | Powiat | | |  | | | |
| 10 | Gmina | | |  | | | |
| 11 | Miejscowość | | |  | | | |
| 12 | Ulica | | |  | | | |
| 13 | Nr budynku | | |  | | | |
| 14 | Nr lokalu | | |  | | | |
| 15 | Kod pocztowy | | |  | | | |
| 16 | Telefon kontaktowy | | |  | | | |
| 17 | Adres e-mail | | |  | | | |
| 18 | Data rozpoczęcia udziału w Projekcie (data podpisania umowy lub data złożenia formularza)  ***wypełnia Operator*** | | |  | | | |
| 19 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu | | | Osoba pracująca w MMŚP  Osoba prowadząca działalność na własny rachunek  Inne (jakie?) ………………………………………………. | | | |
| 20 | Wykonywany zawód | | |  | | | |
| 21 | Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia) | | |  | | | |
| 22 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | TAK  NIE  Odmowa podania informacji | | | |
| 23 | Osoba z niepełnosprawnościami | | | TAK (*należy załączyć odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia)*  NIE  Odmowa podania informacji | | | |
| 24 | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0) | | | TAK  NIE  Odmowa podania informacji | | | |
| 25 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań (osoby bez miejsca zamieszkania, osoby żyjące w surowych, alarmujących warunkach, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą, osoby mieszkające w mieszkaniach substandardowych) | | | TAK  NIE | | | |
| 26 | Przynależność do grupy docelowej | | | Osoba pracująca w wieku 50 lat i więcej  Osoba o niskich kwalifikacjach (wykształcenie na poziomie do ISCED 3 włącznie, tj. na poziomie wykształcenia ponadgimnazjalnego) | | | |
| 27 | Wybrana usługa ***wypełnia Operator*** | | |  | | | |
| 28 | Usługa kończy się zdobyciem kwalifikacji ***wypełnia Operator*** | | | TAK  NIE | | | |
|  |  | |  |
| Miejscowość, data | |  | | CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/-CZKI PROJEKTU | |

**Deklaracja uczestnictwa w projekcie**

Pouczony/-a i świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

1. Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie „NASTAW SIĘ NA ROZWÓJ – oferta rozwoju kwalifikacji i kompetencji MŚP z podregionu poznańskiego i ich pracowników” realizowanym w ramach WRPO 2014-2020, Oś priorytetowa 6: Rynek Pracy, Działanie 6.5: Doskonalenie kompetencji osób pracujących i wsparcie procesów adaptacyjnych przez Stowarzyszenie Na Rzecz Spółdzielni Socjalnych w okresie od 01.01.2020 r. do 30.09.2023 r.
2. Zobowiązuję się podania informacji o statusie na rynku pracy w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie.
3. Uprzedzony/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu „Dane Beneficjentów ostatecznych – uczestników indywidualnych” są zgodne ze stanem faktycznym.
4. Zapoznałem/am się z Regulaminem projektu i akceptuję jego postanowienia.
5. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie.
6. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt „NASTAW SIĘ NA ROZWÓJ – oferta rozwoju kwalifikacji i kompetencji MŚP z podregionu poznańskiego i ich pracowników” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
7. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji związanych z realizacją projektu drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (pocztą e-mail).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Miejscowość, data |  | CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/-CZKI PROJEKTU | |

1. Dane dotyczą adresu zamieszkania [↑](#footnote-ref-1)