***Załącznik 2 do Regulaminu Zajęć***

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA**
do projektu „Wsparcie Kształcenia Zawodowego - Poprawa Efektów”

WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

|  |
| --- |
| **Informacje o projekcie** |
| Numer umowy/decyzji/aneksu | Nazwa beneficjenta |
| RPDS.10.04.01-02-0001/19 | WOJEWÓDZTWO DOLNOŚLĄSKIE |
| Tytuł projektu |
| Wsparcie Kształcenia Zawodowego – Poprawa Efektów |
| Wniosek za okres1 | Okres realizacji projektu |
|  | <od> 01.03.2020 r. | <do> 30.06.2023 r. |

|  |
| --- |
| **Dane uczestnika** |
| Kraj | Rodzaj uczestnika | Nazwa instytucji |
| Polska | Indywidualny | - |
| Imię | Nazwisko | PESEL |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Brak PESEL | Tak/Nie |
| Płeć:  | Wiek w chwili przystąpienia do projektu | Wykształcenie\*  |
|  | Kobieta |  | Mężczyzna |  |  |

\* Uzupełnij jedną z wartości:

* gimnazjalne (ISCED 2)
* niższe niż podstawowe (ISCED 0)
* podstawowe (ISCED 1)
* policealne (ISCED 4)
* ponadgimnazjalne (ISCED 3)
* wyższe (ISCED 5-8)

|  |
| --- |
| **Dane kontaktowe uczestnika** |
| Województwo  | Powiat  | Gmina |
|  |  |  |
| Miejscowość | Ulica |
|  |  |
| Nr budynku | Nr lokalu | Kod pocztowy |
|  |  |
| Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) – zaznacz X1 | Telefon kontaktowy | Adres e-mail |
| MIEJSKI | WIEJSKI |  |  |

1. Pola wypełnia Biuro Projektu.

|  |
| --- |
| **Szczegóły i rodzaj wsparcia** |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie 1 | Data zakończenia udziału w projekcie |
|  |  |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | W tym |
| UCZEŃ |  |
| Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia |
| 31.08……………….. |
| Wykonywany zawód | Zatrudniony w |
| NIE DOTYCZY | NIE DOTYCZY |
| Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie | Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie |
| NIE DOTYCZY | NIE DOTYCZY |
| Inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM) |
| NIE DOTYCZY |
| Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną ścieżką | Tak/Nie |
| Data założenia działalności gospodarczej | Kwota środków przyznanych na założenie działalności gospodarczej |
| NIE DOTYCZY | NIE DOTYCZY |
| PKD założonej działalności gospodarczej |  |
| NIE DOTYCZY |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  |
| Osoba z niepełnosprawnościami |  |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  ….….…..……………………………………… |  …….….…..……………………………………… |
| Miejscowość i data |  Czytelny podpis uczestnika projektu**1** |

 ..……………………………………………………………………………….

Czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego

(wymagany w przypadku gdy uczestnik projektu jest osobą niepełnoletnią)

1) W przypadku uczestnictwa osoby niepełnoletniej deklaracja powinna zostać podpisana **zarówno** przez daną osobę, jak również przez jej rodzica lub prawnego opiekuna