Załącznik nr 5 do Regulaminu naboru do projektu

**Lista uczestników**

**(wzór, wypełniany dla każdego uczestnika osobno)**

**UWAGA!!! Należy wypełnić każde pole, w przypadku braku danych wpisać „nie dotyczy” lub wykreślić pola**

***Część A***

*Wypełnia Przedsiębiorca*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A.1. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA[[1]](#footnote-2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Płeć | KOBIETA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | MĘŻCZYZNA |
| Obywatelstwo |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | brak nr PESEL |
| Typ i Nr dokumentu (dotyczy w przypadku braku PESEL) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia |  | |  | |  | |  | | - | |  | |  | | - | |  | |  | | RRRR – MM – DD |
| Wykształcenie | niższe niż podstawowe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | podstawowe |
| gimnazjalne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ponadgimnazjalne (ukończona zasadnicza szkoła zawodowa, szkoła branżowa, liceum, technikum, technikum uzupełniające) |
| policealne (ukończona szkoła policealna) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | wyższe |
| Zajmowane stanowisko pracy (w przypadku osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą należy wpisać „Właściciel”) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zatrudnienie w przedsiębiorstwie – typ umowy (rodzaj zatrudnienia)  (nie dotyczy osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data rozpoczęcia zatrudnienia w przedsiębiorstwie oraz czas obowiązywania umowy (od-do)  (w przypadku osób zatrudnionych na umowę na czas nieokreślony jako datę „do” należy wpisać „umowa na czas nieokreślony”, w przypadku osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą jako datę „od” należy wpisać datę rozpoczęcia wykonywania dział. gospodarczej z CEIDG) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA/MIEJSCE ZAMIESZKANIA | | | | | |
| Województwo |  | | | | |
| Powiat |  | | | | |
| Gmina |  | | | | |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy | |  | |
| Ulica |  | Numer budynku |  | Numer lokalu |  |
| Telefon (uczestnika) |  | | | | |
| E-mail (uczestnika) |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| INFORMACJA DOTYCZĄCA USŁUGI ROZWOJOWEJ[[2]](#footnote-3) | |
| Tytuł usługi |  |
| Numer usługi z Bazy Usług Rozwojowych |  |
| Nazwa podmiotu świadczącego usługę (Dostawcy Usług) |  |
| Lokalizacja usługi |  |
| Uzasadnienie niemożności wykonania usługi na terenie województwa śląskiego (jeśli dotyczy) |  |
| Termin realizacji usługi |  |
| Koszt usługi netto |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OKREŚLENIE WYSOKOŚCI WSPARCIA DLA UCZESTNIKA W RAMACH PROJEKTU | | | |
|  | | TAK | NIE |
| Dodatkowe 15 punktów procentowych, lecz nie więcej niż 80% | Osoba z niepełnosprawnością[[3]](#footnote-4) |  |  |
| Dodatkowe 15 punktów procentowych, lecz nie więcej niż 80% | Osoba w wieku 55+ |  |  |
| Dodatkowe 10 punktów procentowych, lecz nie więcej niż 80% | Usługa prowadząca do nabycia cyfrowych umiejętności/kwalifikacji/kompetencji |  |  |
| Dodatkowe 10 punktów procentowych, lecz nie więcej niż 80% | Usługa prowadząca do nabycia kwalifikacji, o których mowa w art.2 pkt 8 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji, zarejestrowanych w Zintegrowanym Rejestrze Kwalifikacji (posiadających nadany kod kwalifikacji) lub  prowadząca do nabycia innych kwalifikacji niezbędnych do prowadzenia działalności przez przedsiębiorcę, które stanowią określony zestaw efektów uczenia się w zakresie wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych nabytych w drodze edukacji formalnej, edukacji pozaformalnej lub poprzez uczenie się  nieformalne, zgodnych z ustalonymi dla danej kwalifikacji wymaganiami, których osiągnięcie zostało sprawdzone w walidacji oraz formalnie potwierdzone przez instytucję uprawnioną do certyfikowania |  |  |
|  |  |
| Dodatkowe 15 punktów procentowych, lecz nie więcej niż 80% | Usługa prowadząca do nabycia zielonych umiejętności/kwalifikacji/kompetencji |  |  |

……………………………………..………………………………………

Data i podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Przedsiębiorcy

**UWAGA**

**Podpis musi pozwalać na jednoznaczną identyfikację osoby, która go złożyła tj. zawierać możliwe do odczytania nazwisko osoby składającej podpis lub parafkę + pieczęć firmowa z imieniem i nazwiskiem Przedsiębiorcy.**

**Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji (faksymile) w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego. Dopuszcza się elektroniczne podpisanie formularza poprzez opatrzenie go kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez Przedsiębiorcę.**

***Część B***

*Wypełnia osoba kierowana na usługę rozwojową*

|  |  |
| --- | --- |
| Czy osoba kierowana na usługę przed dniem złożenia dokumentów do Operatora została zakwalifikowana do udziału w innej usłudze rozwojowej w ramach systemu PSF  w województwie śląskim, jako pracownik Przedsiębiorcy składającego dokumenty rekrutacyjne albo innego Przedsiębiorcy | **TAK**  **NIE** |
| Jeśli TAK wskazać Operatora PSF/Partnera Operatora PSF w województwie śląskim oraz nr usługi w BUR |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU | | | |
|  | TAK | NIE | ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane), osoba obcego pochodzenia, obywatel państwa trzeciego |  |  |  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  |  |  |
| Osoba z niepełnosprawnościami[[4]](#footnote-5) |  |  |  |

|  |
| --- |
| OŚWIADCZENIA |

Świadoma(-y) odpowiedzialności za podanie fałszywych informacji oświadczam, że:

1. Zapoznałem/-am się z Regulaminem naboru do projektu „Wsparcie Śląskich przedsiębiorców w ramach Podmiotowego Systemu Finansowania” i akceptuję wszystkie jego zapisy i postanowienia.
2. Posiadam profil Użytkownika w Bazie Usług Rozwojowych.
3. Dane zawarte w Bazie Usług Rozwojowych zostały wprowadzone przeze mnie, są aktualne na dzień złożenia oświadczenia, kompletne oraz zgodne z prawdą.

Jednocześnie zobowiązuję się do uzupełnienia profilu w Bazie Usług Rozwojowych o dodatkowe dane wymagane w związku z uczestnictwem w projekcie nie później niż do dnia rozpoczęcia udziału w pierwszej usłudze finansowanej w ramach PSF.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

……………………………………..………………………………………

Data i podpis Uczestnika usługi/ (prawnego opiekuna osoby małoletniej – jeśli dotyczy)

**UWAGA**

**Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji (faksymile) w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego.**

**Dopuszcza się elektroniczne podpisanie formularza przez Uczestnika poprzez opatrzenie go podpisem zaufanym, e-dowodem lub kwalifikowanym podpisem.**

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIKI |

**Załącznik nr 1:** zaświadczenie o niepełnosprawności (jeśli dotyczy) potwierdzone za zgodność z oryginałem:

* w przypadku osób niepełnosprawnych w rozumieniu *Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* będzie to:
  + - orzeczenie o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności określonych w art. 3 wspomnianej ustawy lub
    - orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów, lub
    - orzeczenie o niepełnosprawności, wydane przed ukończeniem 16 roku życia lub
* w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu *Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*:
  + - orzeczenie o niepełnosprawności lub
    - inny dokument wydany przez lekarza poświadczający stan zdrowia, taki jak orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia o stanie zdrowia.

1. Określony w Regulaminie Bazy Usług Rozwojowych jako Użytkownik. [↑](#footnote-ref-2)
2. W przypadku większej liczby usług rozwojowych tabelę należy powielić i wypełnić oddzielnie dla każdej usługi. [↑](#footnote-ref-3)
3. W przypadku wyboru opcji „TAK’ wymagane jest zaświadczenie o niepełnosprawności. [↑](#footnote-ref-4)
4. W przypadku wyboru opcji „TAK’ wymagane jest zaświadczenie o niepełnosprawności. [↑](#footnote-ref-5)