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 sięnieformalne, 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)