



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											
Imię											
Nazwisko											
Płeć	☐ KOBIEТА					☐ MĘŻCZYŻNA					
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)											

¹ Określony w Regulaminie Bazy Usług Rozwojowych jako Użytkownik.



(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 ROZWOJOWEJ²

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	

² W przypadku większej liczby usług rozwojowych tabelę należy powielić i wypełnić oddzielnie dla każdej usługi.



OKREŚLENIE WYSOKOŚCI WSPARCIA DLA UCZESTNIKA W RAMACH PROJEKTU

		TAK	NIE
Dodatkowe 15 punktów procentowych, lecz nie więcej niż 80%	Osoba z niepełnosprawnością ³	☐	☐
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	☐ TAK	☐ NIE
--	------------------------------	------------------------------

³ W przypadku wyboru opcji „TAK” wymagane jest zaświadczenie o niepełnosprawności.



Przedsiębiorcy składającego dokumenty rekrutacyjne albo innego Przedsiębiorcy	
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	☐	☐	☐

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.

⁴ W przypadku wyboru opcji „TAK” wymagane jest zaświadczenie o niepełnosprawności.

Projekt „Wsparcie Śląskich przedsiębiorców w ramach Podmiotowego Systemu Finansowania”, jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego EFS+, w ramach programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027, priorytetu FESL. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, działania FESL.05.15 Usługi rozwojowe dla przedsiębiorców - PSF.



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.