Załącznik nr 2 do Regulaminu

Formularz uczestnictwa w projekcie  
„Pomorska moc wiedzy”

Część A. Dane podmiotu / instytucji objętej wsparciem  
Uzupełnij puste pola w kolumnie „Pole do uzupełnienia”.

|  |  |
| --- | --- |
| Dane | Pole do uzupełnienia |
| Nazwa podmiotu / instytucji |  |
| NIP podmiotu / instytucji |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |

Przynależność do grupy docelowej projektu  
Wpisz w puste pole w kolumnie „Pole wyboru” znak „X” przy właściwym dla Ciebie typie instytucji.

|  |  |
| --- | --- |
| Typ instytucji | Pole wyboru |
| samorząd terytorialny lub jego jednostka organizacyjna, |  |
| ośrodek wsparcia ekonomii społecznej |  |
| inny podmiot, realizujący działania z zakresu polityki społecznej na poziomie lokalnym i regionalnym, |  |
| organizacja pozarządowa; |  |
| przedsiębiorca |  |
| podmiot sektora publicznego, prywatnego i społecznego realizujący szeroko rozumiane zadania w obszarze polityki społecznej, np.: służba zatrudnienia, jednostka systemu edukacji, kultury, zdrowia, szkoła wyższa, jednostka wymiaru sprawiedliwości itd |  |

Część B. Dane uczestnika / uczestniczki  
Uzupełnij puste pola w kolumnie „Pole do uzupełnienia” lub wpisz jedną z opcji z listy.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dane | Pole do uzupełnienia | | | | | | | | | | | |
| Imię/Imiona |  | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | | | | | | |
| Obywatelstwo |  | | | | | | | | | | | |
| Numer PESEL: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Brak PESEL – Inny nr identyfikacyjny | |  | | | | | | | | | | |
| Płeć |  | | | | | | | | | | | |
| Wykształcenie:   * średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) * ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) * wyższe (ISCED 5-8) |  | | | | | | | | | | | |
| Kraj |  | | | | | | | | | | | |
| Województwo |  | | | | | | | | | | | |
| Powiat |  | | | | | | | | | | | |
| Gmina |  | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość |  | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy |  | | | | | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy |  | | | | | | | | | | | |
| Adres e-mail |  | | | | | | | | | | | |

Status uczestnika/ uczestniczki w chwili przystąpienia do projektu  
Wpisz w puste pole w kolumnie „Odpowiedź” Tak lub Nie.

|  |  |
| --- | --- |
| Status | Odpowiedź |
| Osoba obcego pochodzenia |  |
| Osoba państwa trzeciego |  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  |

Wpisz w puste pole w kolumnie „Odpowiedź” Tak, Nie lub Odmowa podania informacji.

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) |  |
| Osoba z niepełnosprawnościami |  |

Status uczestnika/ uczestniczki na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu  
Wpisz w puste pola w kolumnie „Odpowiedź” Tak lub Nie a następnie wybierz jedną z opcji z listy przy statusie, który Cię dotyczy i wpisz ją w całości do kolumny „Odpowiedź”.

|  |  |
| --- | --- |
| Status | Odpowiedź |
| Osoba bezrobotna |  |
| W tym:   1. osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy    1. osoba długotrwale bezrobotna    2. inne 2. osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy    1. osoba długotrwale bezrobotna    2. inne |  |
| Osoba bierna zawodowo |  |
| W tym:   1. osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu 2. osoba ucząca się 3. inne |  |
| Osoba pracująca |  |
| W tym:   1. osoba prowadząca działalność na własny rachunek 2. osoba pracująca w administracji rządowej 3. osoba pracująca w administracji samorządowej 4. osoba pracująca w organizacji pozarządowej 5. osoba pracująca w MMŚP (mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie) 6. osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie 7. osoba prowadząca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą 8. inne |  |
| Wykonywany zawód |  |

Deklaracja uczestnictwa w projekcie

Ja niżej podpisany/ podpisana  
deklaruję gotowość do uczestnictwa w projekcie: „Pomorska moc wiedzy” realizowanym przez Województwo Pomorskie / Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego.  
Oświadczam, że zapoznałem / zapoznałam się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz z klauzulami informacyjnymi, dotyczącymi zasad przetwarzania moich danych osobowych, dostępnymi na stronie: https://rops.pomorskie.eu/pomorska-moc-wiedzy/   
Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie, a dane przedstawione przeze mnie w formularzu zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i pozostają aktualne na dzień podpisania niniejszej deklaracji.  
W terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji po opuszczeniu Programu.  
Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Miejscowość, data czytelny podpis uczestnika/ uczestniczki