

Załącznik 2 do Regulaminu

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 okres	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 X	Telefon kontaktowy	Adres e-mail
☐ MIEJSKI	☐ WIEJSKI*	

* Jeśli zaznaczono obszar wiejski, w pozycji „Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)” proszę wpisać „TAK”



Szczegóły i rodzaj wsparcia	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie (stażu)	Data zakończenia udziału w projekcie (stażu)
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)*	

* Jeśli w pozycji „Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)” zaznaczono „Wiejski”, proszę wpisać „TAK”

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu¹⁾

.....
Czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego
(wymagany w przypadku gdy uczestnik projektu jest osobą niepełnoletnią)

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