



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA DO PROJEKTU „Wsparcie rozwojowe MŚP w województwie śląskim”

<b>RODZAJ FORMULARZA</b> (zaznaczyć właściwy kwadrat)	
<input type="checkbox"/> Formularz zgłoszeniowy	<input type="checkbox"/> Formularz korygujący
<b>INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ DOKUMENT</b>	
<b>Data</b>	
<b>Indywidualny numer zgłoszeniowy</b>	

<b>Pełna nazwa przedsiębiorstwa</b>	
<b>Miejsce zatrudnienia uczestnika (miejscowość / województwo)</b>	
<b>NIP przedsiębiorstwa</b>	

<b>DANE OSOBOWE UCZESTNIKA</b>		
<b>Imię</b>		
<b>Nazwisko</b>		
<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna
<b>PESEL</b>		
<b>Wykształcenie</b>	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> podstawowe
	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne
	<input type="checkbox"/> policealne	<input type="checkbox"/> wyższe
<b>Zajmowane stanowisko pracy</b>		
<b>Zatrudnienie w przedsiębiorstwie - typ umowy (rodzaj zatrudnienia) oraz czas jej obowiązywania</b>		



DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA					
Województwo					
Powiat					
Gmina					
Miejscowość		Kod pocztowy			
Ulica		Numer budynku		Numer lokalu	
Telefon					
E-mail					

OKREŚLENIE WYSOKOŚCI WSPARCIA DLA UCZESTNIKA W RAMACH PROJEKTU			
Dodatkowe 10%, lecz nie więcej niż 80%	Osoba z niepełnosprawnością <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Dodatkowe 10%, lecz nie więcej niż 80%	Osoba w wieku powyżej 50 lat w dniu uczestnictwa w usłudze rozwojowej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Dodatkowe 10%, lecz nie więcej niż 80%	Osoba o niskich kwalifikacjach	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Dodatkowe 10%, lecz nie więcej niż 80%	Usługa rozwojowa mająca na celu zdobycie lub potwierdzenie kwalifikacji, o których mowa w art. 2 pkt 8 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

INFORMACJA DOTYCZĄCA USŁUGI ROZWOJOWEJ	
Nazwa usługi	
Numer usługi z Bazy Usług Rozwojowych	
Nazwa podmiotu świadczącego usługę	
Lokalizacja usługi	
Termin realizacji usługi	

<sup>1</sup> W przypadku wyboru opcji „TAK” wymagane zaświadczenie o niepełnosprawności



Uzasadnienie niemożności wykonania usługi na terenie województwa śląskiego (jeśli dotyczy) <sup>2</sup>	
Koszt usługi netto / brutto	
Czy uczestnik brał udział w innej usłudze rozwojowej w ramach systemu PSF w województwie śląskim	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeśli TAK wskazać Operatora PSF w województwie śląskim	

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

<sup>2</sup> Operator obniża poziom dofinansowania usługi rozwojowej o 20% jeśli usługa jest realizowana poza terenem województwa śląskiego. W uzasadnionych przypadkach Operator może odstąpić od obniżania dofinansowania usługi rozwojowej realizowanej poza terenem województwa (np. jeśli zostanie udowodnione, że wykonanie takiej usługi na terenie województwa śląskiego jest niemożliwe lub koszt wykonania usługi na terenie województwa byłby zdecydowanie wyższy niż poza nim).



## OŚWIADCZENIA

Świadoma(-y) odpowiedzialności za podanie fałszywych informacji oświadczam, że dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

.....  
Data, imię i nazwisko (czytelny podpis uczestnika)

Potwierdzam skierowanie ww. osoby do udziału w usłudze rozwojowej i oświadczam, że skierowana osoba jest pracownikiem w rozumieniu pkt. 20 Regulaminu naboru do projektu.

Oświadczam, że wybór usługi rozwojowej, na którą kieruję pracownika został dokonany przeze mnie samodzielnie.

Zapoznałem/-am się z Regulaminem naboru do projektu „Wsparcie rozwojowe MŚP w województwie śląskim” i akceptuję wszystkie jego zapisy i postanowienia.

.....  
Data i podpis osoby upoważnionej do reprezentacji  
Przedsiębiorcy

**Załącznik nr 1:** Oświadczenie uczestnika

**Załącznik nr 2:** 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.

**Załącznik nr 3:** Karta usługi, w której będzie brał udział zgłaszany uczestnik, wygenerowana z Bazy Usług Rozwojowych