*Załącznik Nr 2*

**Formularz zgłoszeniowy do projektu: „Przez kształcenie do sukcesu”   
dla uczestnika indywidualnego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | Nazwa |
| 1 | **Tytuł projektu:** Przez kształcenie do sukcesu |
| 2 | **Numer wniosku: RPMA.10.01.01-14-3940/15** |
| 3 | **Numer i nazwa Osi Priorytetowej RPO WM 2014-2020:**  X Edukacja dla rozwoju regionu |
| 4 | **Numer i nazwa Działania w ramach Osi Priorytetowej RPO WM 2014 - 2020** :  10.1 Edukacja ogólna i przedszkolna |
| 5 | **Numer i nazwa Poddziałania w ramach Osi Priorytetowej RPO WM 2014 – 2020:**  10.1.1 Edukacja ogólna (w tym w szkołach zawodowych) |

**Dane uczestnika projektu, który otrzymuje wsparcie w ramach EFS***(w pustych polach proszę wypełnić drukowanymi literami; w punktach: 3, 6, 7, 12, 19, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 proszę wstawić [X])*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Lp.** | **Nazwa** | | **Słowniki** | |
| **Dane uczestnika** | 1 | Imię (imiona) | |  | |
| 2 | Nazwisko | |  | |
| 3 | Płeć | | Kobieta |  |
| Mężczyzna |  |
| 4 | Wiek w chwili przystępowania do projektu | |  | |
| 5 | PESEL | |  | |
| 6 | Wykształcenie | | Brak |  |
| Podstawowe |  |
| Gimnazjalne |  |
| Ponadgimnazjalne |  |
| Pomaturalne |  |
| Wyższe |  |
| 7 | Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną | | Tak |  |
| Nie |  |
| **Dane kontaktowe** | 8 | Ulica | |  | |
| 9 | Nr domu | |  | |
| 10 | Nr lokalu | |  | |
| 11 | Miejscowość | |  | |
| 12 | Obszar | | Obszar miejski |  |
| Obszar wiejski |  |
| 13 | Kod pocztowy | |  | |
| 14 | Województwo | |  | |
| 15 | Powiat | |  | |
| 16 | Telefon stacjonarny | |  | |
| 17 | Telefon komórkowy | |  | |
| 18 | Adres poczty elektronicznej (e-mail) | |  | |
| **Dane dodatkowe** | 19 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | Nieaktywny zawodowo | Nie |  |
| Tak |  |
| w tym | osoba ucząca się lub kształcąca |  |
| 20 | Rodzaj przyznanego wsparcia | | Zgodnie z Załącznikiem Nr 1- Rodzaj przyznanego wsparcia |  |
| 21 | Wykorzystanie we wsparciu technik:  e-learning/blended learning | | Tak |  |
| Nie |  |
| 22 | Data rozpoczęcia udziału w projekcie | |  | |
| 23 | Data zakończenia udziału w projekcie | |  | |
| 24 | Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa | | Tak |  |
| Nie |  |
| 25 | Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opisem Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014 -2020\*) | | Tak |  |
| Nie |  |
| 26 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | Tak |  |
| Nie |  |
| 27 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczaniem z dostępu do mieszkań | | Tak |  |
| Nie |  |
| 28 | Osoba z niepełnosprawnościami | | Tak |  |
| Nie |  |
|  | 29 | Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących | | Tak |  |
| Nie |  |
| w tym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu |  |
|  | 30 | Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | | Tak |  |
| Nie |  |
|  | 31 | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | | Tak |  |
| Nie |  |

**Załącznik Nr 1. Rodzaj przyznanego wsparcia**

|  |  |
| --- | --- |
| **Priorytet** | **Rodzaj przyznanego wsparcia** |
| X Edukacja dla rozwoju regionu | |  | | --- | | 1. szkolenie/kurs; | | 1. zajęcia dodatkowe; | | 1. studia/ kształcenie podyplomowe; | |  | |

Oświadczam, iż podane dane są zgodne z prawdą oraz, że są mi znane wszelkie konsekwencje prawne i odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

…………….………, dnia…………………… .....................................................................

Czytelny podpis uczestnika projektu  
 (w przypadku osób niepełnoletnich   
 podpisuje rodzic/opiekun prawny)