



Załącznik nr 2a do Regulaminu naboru PSFWP 2/2024

**Formularz zgłoszeniowy pracownika do udziału w projekcie  
„Podmiotowy System Finansowania – realizacja usług rozwojowych w województwie  
podlaskim”**

**Instrukcja wypełniania:**

1. Właściwą odpowiedź należy zakreślić np.
2. Formularz należy wypełnić komputerowo lub drukowanymi literami
3. Należy wypełnić wszystkie wymagane pola
4. Pod oświadczeniami należy złożyć czytelny podpis

Numer ID wsparcia: FEPD.07.03-IP.01-0001/23\_UW/...../PSFWP2/2024

**DANE PRACOWNIKA (UCZESTNIKA USŁUGI ROZWOJOWEJ)**

<b>Nazwa przedsiębiorstwa (miejsce zatrudnienia) wraz z adresem</b>											
<b>Imię (Imiona)</b>											
<b>Nazwisko</b>											
<b>Płeć</b>	<b>Kobieta</b>	<input type="checkbox"/>		<b>Mężczyzna</b>	<input type="checkbox"/>						
<b>Wiek w chwili przystąpienia do projektu</b>											
<b>PESEL</b>										<b>Brak PESEL</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Wykształcenie</b>	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0)										
	<input type="checkbox"/> podstawowe <sup>1</sup> (ISCED 1)										
	<input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2)										
	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <sup>2</sup> (ISCED 3)										
	<input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4)										
	<input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)										
<b>Obywatelstwo</b>	<input type="checkbox"/> polskie										
	<input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE										
	<input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec										

<sup>1</sup> W polskim systemie edukacji przed reformą i po aktualnej reformie wykształcenie na poziomie ukończonej szkoły podstawowej odpowiadało poziomowi ISCED 2.

<sup>2</sup> Liceum ogólnokształcące; Liceum profilowane; Technikum; Uzupełniające liceum ogólnokształcące; Technikum uzupełniające; Zasadnicza szkoła zawodowa

ADRES ZAMIESZKANIA			
Kraj	Polska	Województwo	
Powiat		Gmina	
Miejscowość		Kod Pocztowy	
Telefon Kontaktowy			
Adres Poczty e-mail			

Oświadczam, że jestem:

Osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Osobą z krajów trzecich	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

Oświadczam, że jestem:

Pracownikiem opieki długoterminowej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Obywatel Ukrainy, który znalazł zatrudnienie w województwie podlaskim po opuszczeniu ojczyzny, w związku z wybuchem w Ukrainie konfliktu zbrojnego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Świadoma(-y) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań **oświadczam, że:**

- nie byłem(-em) prawomocnie skazany za przestępstwo przeciwko mieniu, przeciwko obrotowi gospodarczemu, przeciwko działalności instytucji państwowych oraz samorządu terytorialnego, przeciwko wiarygodności dokumentów lub za przestępstwo skarbowe;
- jestem pracownikiem zatrudnionym na umowę o pracę co najmniej **od 1 września 2024 r.** i na okres nie krótszy niż do czasu zakończenia realizacji usługi rozwojowej przedsiębiorstwa zgłaszającego mnie do udziału w projekcie pn. „Podmiotowy System Finansowania – realizacja usług rozwojowych w województwie podlaskim”;
- wymiar mojego stosunku pracy w oparciu o umowę o pracę **nie jest niższy niż pół etatu**;
- zapoznałem(-am) się z Regulaminem naboru projektu pn. „Podmiotowy System Finansowania – realizacja usług rozwojowych w województwie podlaskim” dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus i akceptuję wszystkie jego zapisy i postanowienia;

.....  
Miejscowość i data, Imię i nazwisko (czytelny podpis pracownika)