Załącznik nr 5 do Regulaminu

FORMULARZ DANYCH UCZESTNIKA PROJEKTU

Tytuł projektu: Wsparcie rozwoju kompetencji kluczowych w Społecznej Szkole Podstawowej nr 1 „Nasza Szkoła” Zabrzańskiego Towarzystwa Szkolnego w Zabrzu
Nr projektu: FESL.06.02-IZ.01-0AEE/24-004
Priorytet: FESL.06.00 – Fundusze Europejskie dla edukacji
Działanie: FESL.06.02 – Kształcenie ogólne

DANE UCZESTNIKA

Dane uczestnika	1.	Imię	
	2.	Nazwisko	
	3.	Obywatelstwo	☐ Obywatelstwo polskie ☐ Brak polskiego obywatelstwa - obywatel kraju UE ☐ Brak polskiego obywatelstwa lub UE - obywatel kraju spoza UE / bezpaństwowiec
	4.	Rodzaj uczestnika	☐ Indywidualny - uczeń/uczennica ☐ Pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu - kadra szkoły
	5.	Klasa (dotyczy ucznia/uczennicy)	
	6.	Nazwa instytucji (jeżeli dotyczy - kadra)	Społeczna Szkoła Podstawowa nr 1 „Nasza Szkoła” w Zabrzu
	7.	PESEL	__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
	8.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	..... lat
	9.	Płeć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
	10.	Wykształcenie	☐ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) ☐ Wyższe (ISCED 5-8)

	11.	Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	☐ Osoba bierna zawodowo, w tym: ☐ Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie ☐ Inne ☐ Osoba bezrobotna, w tym: ☐ Osoba długotrwale bezrobotna ☐ Inne ☐ Osoba pracująca, w tym: ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ osoba pracująca w administracji rządowej ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ osoba pracująca w MMŚP ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie ☐ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) ☐ osoba pracująca na uczelni ☐ osoba pracująca w instytucie naukowym ☐ osoba pracująca w instytucie badawczym ☐ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz ☐ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym ☐ osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki ☐ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej ☐ inne

Adres zamieszkania i dane kontaktowe uczestnika	12.	Kraj	
	13.	Województwo	
	14.	Powiat	
	15.	Gmina	
	16.	Obszar zamieszkania wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) - wypełnia personel projektu	
	17.	Miejscowość	
	18.	Kod pocztowy	
	19.	Ulica	
	20.	Nr budynku	
	21.	Nr lokalu	
	22.	Telefon kontaktowy	
	23.	Adres e-mail	

Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu

1.	Osoba obcego pochodzenia	☐ Tak ☐ Nie
2.	Osoba państwa trzeciego	☐ Tak ☐ Nie
3.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	☐ Tak ☐ Nie ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI
4.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ Tak ☐ Nie
5.	Osoba z niepełnosprawnościami	☐ Tak ☐ Nie ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI
6.	Uczeń/uczennica posiada zidentyfikowaną co najmniej jedną specjalną potrzebę rozwojową lub edukacyjną	☐ Tak ☐ Nie ☐ NIE DOTYCZY - kadra

Szczegóły wsparcia (wypełnia personel projektu)

Data rozpoczęcia udziału w projekcie:	
Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której uczestnik został objęty wsparciem:	..... ☐ NIE DOTYCZY - kadra
Data zakończenia udziału w projekcie:	

Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie:

☐ osoba podjęła pracę/rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek

☐ osoba podjęła kształcenie lub szkolenie

☐ osoba uzyskała kwalifikacje

☐ osoba nabyła kompetencje

☐ osoba kontynuuje kształcenie

☐ osoba kontynuuje zatrudnienie

☐ osoba pracująca/prowadząca działalność na własny rachunek po przewie związanej z urodzeniem/wychowaniem dziecka

☐ osoba poszukująca pracy po przewie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka

☐ osoba poszukuje pracy

☐ osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie

☐ sytuacja w trakcie monitorowania

☐ sytuacja społeczna osoby uległa poprawie

☐ inne

Zakończenie udziału osoby w Projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa:

☐ TAK ☐ NIE

Rodzaj przyznanego wsparcia

Zakres wsparcia: edukacja / kształcenie ogólne

Lp.	Nazwa / rodzaj wsparcia	Data rozpoczęcia	Data zakończenia
1.			
2.			
3.			
4.			

W tabeli należy wykazać wszystkie formy wsparcia, z których korzysta Uczestnik/Uczestniczka.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym. W przypadku Uczestnika/Uczestniczki niepełnoletniego/niepełnoletniej oświadczenie składa rodzic lub opiekun prawny.

……
(Miejscowość i data)

……..……
(Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki lub rodzica/opiekuna prawnego w przypadku osoby niepełnoletniej)

……..……..
(Czytelny podpis osoby upoważnionej po stronie Beneficjenta)

DANE PODMIOTU

1.	Nazwa instytucji	Społeczna Szkoła Podstawowa nr 1 „Nasza Szkoła” w Zabrzu
2.	NIP	6482650833
3.	Typ instytucji	**Dla Projektu: szkoła – szkoła podstawowa** ☐ **przedsiębiorstwo, w tym:** ☐ mikroprzedsiębiorstwo ☐ małe przedsiębiorstwo ☐ średnie przedsiębiorstwo ☐ duże przedsiębiorstwo ☐ **podmiot ekonomii społecznej, w tym:** ☐ przedsiębiorstwo społeczne ☐ podmiot reintegracyjny (WTZ, ZAZ, CIS, KIS) ☐ organizacja pozarządowa ☐ spółdzielnia socjalna ☐ inne ☐ spółdzielnia pracy, w tym spółdzielnia inwalidów i spółdzielnia niewidomych ☐ spółdzielnia produkcji rolnej ☐ **instytucja rynku pracy** ☐ **jednostka administracji rządowej** ☐ **jednostka samorządu terytorialnego (bez szkół i placówek systemu oświaty)** ☐ **związek zawodowy** ☐ **organizacja pracodawców** ☐ **podmiot systemu szkolnictwa wyższego i nauki, w tym:** ☐ uczelnia ☐ instytut naukowy ☐ instytut badawczy ☐ międzynarodowy instytut naukowy ☐ federacja podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki ☐ Państwowa Akademia Nauk

		☐ Centrum Łukasiewicz ☐ Instytut działający w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz ☐ Polska Akademia Umiejętności ☐ państwowa osoba prawna ☐ inne ☐ **podmiot wykonujący działalność leczniczą, w tym:** ☐ podmiot wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczeń POZ ☐ podmiot wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczeń AOS ☐ podmiot wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne ☐ inne ☐ **szkoła, w tym:** ☐ szkoła podstawowa ☐ gimnazjum ☐ zasadnicza szkoła zawodowa ☐ liceum ogólnokształcące ☐ technikum ☐ szkoła specjalna przysposabiająca do pracy ☐ szkoła policealna ☐ szkoła artystyczna [w tym ogólnokształcące szkoły muzyczne] ☐ ośrodek wychowania przedszkolnego ☐ inne ☐ szkoła branżowa I stopnia ☐ szkoła branżowa II stopnia ☐ **placówka systemu oświaty, w tym:** ☐ poradnia psychologiczno-pedagogiczna ☐ placówka wychowania przedszkolnego ☐ centrum kształcenia praktycznego/ zawodowego/ ustawicznego ☐ inne ☐ **sądy powszechne**

		☐ **prokuratura** ☐ **podmiot świadczący usługi szkoleniowe** ☐ **inne**
Dane teleadresowe		
4.	Kraj	Polska
5.	Województwo	śląskie
6.	Powiat	Zabrze
7.	Gmina	Zabrze
8.	Miejscowość	Zabrze
9.	Kod pocztowy	41-807
10.	Telefon kontaktowy	32 271 71 21
11.	Adres e-mail	nasza_szkola@poczta.fm

Szczegóły wsparcia podmiotu (wypełnia personel projektu)

Data rozpoczęcia udziału w projekcie:	
Data zakończenia udziału w projekcie:	
Czy wsparciem zostali objęci pracownicy instytucji: ☐ TAK ☐ NIE	
Rodzaj wsparcia Zakres wsparcia: edukacja / kształcenie ogólne Rodzaj przyznanego wsparcia: wsparcie szkoły/placówki systemu oświaty W tym: doposażenie bazy dydaktycznej w sprzęt i materiały niezbędne do prowadzenia zajęć Data rozpoczęcia udziału we wsparciu:	