Załącznik nr 3 do umowy: ***Zakres danych nt. uczestników projektów współfinansowanych z EFS gromadzonych w centralnym systemie teleinformatycznym***

- szczegóły wsparcia (planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia, wykonywany zawód, zatrudniony w, sytuacja po zakończeniu wsparcia, inne rezultaty dot. osób młodych, rodzaj otrzymanego wsparcia, data założenia działalności gospodarczej, kwota środków przyznanych na założenie działalności gospodarczej, PKD)

- status uczestnika projektu (przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantów, obce pochodzenie, bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe, niepełnosprawność, niekorzystna sytuacja społeczna)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA PROJEKTU** | | | | |
| **Dane uczestnika:** | | | | |
| **Imię:** |  | | | |
| **Nazwisko:** |  | | | |
| **Płeć** | KOBIETA: 🞎 | | | MĘŻCZYZNA: 🞎 |
| **PESEL:** |  | | | |
| **Wiek w chwili przystępowania do projektu** |  | | | |
| **Wykształcenie** | POLICEALNE (ISCED-4) 🞎 | | | WYŻSZE (ISCED-5-8) 🞎 |
| **Dane kontaktowe:** | | | | |
| **Województwo:** |  | | | |
| **Powiat:** |  | | | |
| **Gmina:** |  | | | |
| **Miejscowość:** |  | | | |
| **Ulica:** |  | | | |
| **Nr budynku:** |  | | | |
| **Nr lokalu:** |  | | | |
| **Kod pocztowy:** |  | | | |
| **Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)** |  | | | |
| **Telefon kontaktowy:** |  | | | |
| **Adres e-mail:** |  | | | |
| 1. **SZCZEGÓŁY WSPARCIA** | | | | |
| **Data rozpoczęcia udziału w projekcie\*** |  | | | |
| **Data zakończenia udziału w projekcie\*** |  | | | |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | OSOBA BIERNA ZAWODOWO 🞎 | | | OSOBA PRACUJĄCA 🞎   |  | | --- | | ❑ osoba pracująca w administracji rządowej  ❑ osoba pracująca w administracji samorządowej  ❑ osoba pracująca w MMŚP  ❑ osoba pracująca w organizacji pozarządowej  ❑ osoba prowadząca działalność na własny rachunek  ❑ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie  ❑ inne | |
| OSOBA UCZĄCA SIĘ 🞎 | | | INNE 🞎 |
| **Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia** | RR-MM-DD | | | |
| **Wykonywany zawód** |  | | | |
| **Zatrudniony w** |  | | | |
| **Sytuacja po zakończeniu wsparcia, w tym wykonywany zawód, zatrudniony w** |  | | | |
| **Rodzaj otrzymanego wsparcia\*** |  | | | |
| **3. STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | | | |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** | TAK 🞎 | NIE 🞎 | ODMOWA UDZIELENIA INFORMACJI 🞎 | |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | TAK 🞎 | | | NIE 🞎 |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** | TAK 🞎 | NIE 🞎 | ODMOWA UDZIELENIA INFORMACJI 🞎 | |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)** | TAK 🞎 | NIE 🞎 | ODMOWA UDZIELENIA INFORMACJI 🞎 | |

\*wypełnia Zespół projektowy