**Minimalny zakres danych koniecznych do wprowadzenia do Centralnego Systemu Teleinformatycznego (SL2014) w zakresie Uczestników Projektu objętych wsparciem w ramach projektu**

**„Sprawny pracownik – działania na rzecz osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej”**

**Informacje o projekcie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa beneficjenta** |
|  | **Nazwa beneficjenta: Małopolski Szpital Ortopedyczno – Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka** |
|  | **Nr umowy: RPMP.08.06.02-12-0172/18-00** |
|  | **Tytuł projektu: „Sprawny pracownik – działania na rzecz osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej”** |
|  | **Okres realizacji: 01.09.2018 r. – 31.08.2021 r.** |
|  | **Obszar realizacji projektu: powiat m. Kraków i krakowski** |

**Dane Uczestników Projektu otrzymujących wsparcie:**

***Wypełnia Uczestnik Projektu w momencie przystąpienia do projektu***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** |  |
| **Dane Uczestnika** | | |
|  | **Kraj** |  |
|  | **Imię** |  |
|  | **Nazwisko** |  |
|  | **PESEL** |  |
|  | **Płeć** | **Wybierz:**   * **Kobieta** * **Mężczyzna** |
|  | **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** |  |
|  | **Wykształcenie** | **Wybierz:**   * **Gimnazjalne** * **Niższe niż podstawowe** * **Podstawowe** * **Policealne** * **Ponadgimnazjalne** * **Wyższe** |
| **Dane kontaktowe** | | |
|  | **Województwo** |  |
|  | **Powiat** |  |
|  | **Gmina** |  |
|  | **Miejscowość** |  |
|  | **Ulica** |  |
|  | **Nr budynku** |  |
|  | **Nr lokalu** |  |
|  | **Kod pocztowy** |  |
| **Szczegóły wsparcia** | | |
|  | **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | **Wybierz:**   * **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:** * **Osoba długotrwale bezrobotna** * **Inne** * **Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:** * **Osoba długotrwale bezrobotna** * **Inne** * **Osoba bierna zawodowo** * **Osoba ucząca się** * **Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu** * **Inne** * **Osoba pracująca, w tym:** * **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** |
|  | **Wykonywany zawód** | **Wybierz zawód:**   * **Instruktor praktycznej nauki zawodu** * **Nauczyciel kształcenia ogólnego** * **Nauczyciel wychowania przedszkolnego** * **Nauczyciel kształcenia zawodowego** * **Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia** * **Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej** * **Pracownik instytucji rynku pracy** * **Pracownik instytucji systemu wsparcia rodziny i pieczy zastępczej** * **Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej** * **Pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej** * **Rolnik** * **Inny** |
|  | **Zatrudniony w:**  ***(proszę wpisać dokładna nazwę zakładu pracy)*** |  |
| **Sytuacja Uczestnika Projektu w chwili przystąpienia do projektu** | | |
|  | **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** | **Wybierz:**   * **Tak** * **Nie** * **Odmowa podania informacji** |
|  | **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | **Wybierz:**   * **Tak** * **Nie** * **Odmowa podania informacji** |
|  | **Osoba z niepełnosprawnościami** | **Wybierz:**   * **Tak** * **Nie** * **Odmowa podania informacji** |
|  | **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej** | **Wybierz:**   * **Tak** * **Nie** * **Odmowa podania informacji** |
| .......................................................  ***Podpis Uczestnika Projektu*** | | |
| ***Wypełnia Uczestnik Projektu w momencie zakończenia udziału w projekcie*** | | |
| **Lp.** | **Nazwa** |  |
|  | **Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie** | **Wybierz:**   * **Osoba kontynuuje zatrudnienie** * **Osoba nabyła kompetencje** * **Osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału projekcie** * **Osoba podjęła kształcenie lub szkolenie** * **Osoba podjęła pracę/ rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek** * **Osoba poszukująca pracy** * **Osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka** * **Osoba pracująca/ prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka** * **Osoba uzyskała kwalifikacje** * **Sytuacja w trakcie monitorowania** * **Inne** |

.......................................................

***Podpis Uczestnika Projektu***

***Wypełnia Koordynator projektu***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Data rozpoczęcia udziału w projekcie** | **Wybierz:**   * **Tak** * **Nie** |
|  | **Data zakończenia udziału w projekcie** |  |
|  | **Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa** | **Wybierz:**   * **Tak** * **Nie** |
|  | **Powód wycofania się/ rezygnacji z proponowanej formy wsparcia** |  |
| …………….........................................................  ***Podpis Koordynatora projektu*** | | |