**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***  |