



Załącznik nr 1 do Umowy

**ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKÓW BIORĄCYCH UDZIAŁ W PROJEKCIE
REALIZOWANYM W RAMACH PROGRAMU OPERACYJNEGO KAPITAŁ LUDZKI
CZĘŚĆ PIERWSZA: DANE INSTYTUCJI OBJĘTYCH WSPARCIEM W RAMACH PROGRAMU,
W TYM ICH PRACOWNIKÓW**

Dane wspólne

Lp.	Nazwa
1	Tytuł projektu: „Profesjonalne usługi kosmetyczne – szkolenia z techniki makijażu permanentnego”
2	Nr projektu: UDA-POKL.08.01.01-14-599/10-00
3	Priorytet, w ramach którego realizowany jest projekt: VIII „Regionalne kadry gospodarki”
4	Działanie, w ramach którego realizowany jest projekt: 8.1 „Rozwój pracowników i przedsiębiorstw w regionie”
5	Poddziałanie, w ramach którego realizowany jest projekt: 8.1.1 „Wspieranie rozwoju kwalifikacji zawodowych i doradztwo dla przedsiębiorstw”

Dane instytucji, które otrzymują wsparcie w ramach EFS

	Lp.	Nazwa	
Dane podstawowe	1	Nazwa instytucji	
	2	NIP	
	3	REGON	
	4	Typ instytucji	
	5	Polska Klasyfikacja Działalności (PKD)	
	6	Wielkość instytucji	<input type="checkbox"/> Mikroprzedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> Małe <input type="checkbox"/> Średnie <input type="checkbox"/> Duże
Dane teleadresowe	7	Ulica	
	8	Nr budynku	
	9	Nr lokalu	
	10	Miejscowość	
	11	Obszar (proszę określić dla miejscowości podanej w p. 10)	<input type="checkbox"/> Obszar miejski <input type="checkbox"/> Obszar wiejski
	12	Kod pocztowy	
	13	Województwo	
	14	Powiat	
	15	Telefon kontaktowy	
	16	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
Szczegóły wsparcia	17	Rodzaj przyznanego wsparcia	Szkolenie
	18	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
	19	Data zakończenia udziału w projekcie	
	20	Czy wsparciem zostali objęci pracownicy instytucji	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
	21	Liczba osób objętych wsparciem w ramach instytucji	



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Dane uczestników projektów (pracowników instytucji), którzy otrzymują wsparcie w ramach EFS

(jeżeli w szkoleniu uczestnicy więcej niż 1 pracownik firmy, proszę skopiować poniższą tabelkę, aby każdy uczestnik wypełnił swoje dane)

	Lp.	Nazwa	
Dane uczestnika	1	Imię (imiona)	
	2	Nazwisko	
	3	Płeć	Kobieta
			Mężczyzna
	4	Wiek w chwili przystępowania do projektu	
	5	PESEL	
	6	Nazwa firmy	
	7	Wykształcenie	
8	Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną	Tak	
		Nie	
Dane kontaktowe	9	Ulica	
	10	Nr domu	
	11	Nr lokalu	
	12	Miejscowość	
	13	Obszar (proszę określić dla miejscowości podanej w p. 12)	Obszar miejski
			Obszar wiejski
	14	Kod pocztowy	
	15	Województwo	
	16	Powiat	
	17	Telefon stacjonarny	
18	Telefon komórkowy		
19	Adres poczty elektronicznej (e-mail)		
Dane dodatkowe	20	Zatrudniony	Samo zatrudniony
			w mikroprzedsiębiorstwie
			w małym przedsiębiorstwie
			w średnim przedsiębiorstwie
	21	Rodzaj przyznanego wsparcia	w dużym przedsiębiorstwie
			Szkolenie
22	Wykorzystanie we wsparciu technik: e-learning/blended learning	Nie	
23	Data rozpoczęcia udziału w projekcie		
24	Data zakończenia udziału w projekcie		
25	Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	Tak	