Załącznik nr 3

**Oświadczenie o spełnieniu warunków kwalifikowalności**

**Zakres danych koniecznych do wprowadzenia w centralnym systemie teleinformatycznym (SL 2014)**

**Dane projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł projektu | Świętokrzyska Ekonomia Społeczna |
| Nr projektu | RPSW.09.03.02-260001/18 |
| Oś Priorytetowa 9 | „*Włączenie społeczne i walka z ubóstwem"* |
| Działanie 9.3 | *„Wspieranie ekonomii i przedsiębiorczości społecznej w celu ułatwienia dostępu do zatrudnienia"* |
| Poddziałanie 9.3.2 | „*Koordynacja działań na rzecz ekonomii społecznej*" |

**Dane uczestnika projektu, który otrzymał wsparcie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020**

**Formularz prosimy wypełnić drukowanymi literami, a pola wyboru zaznaczyć ”X”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię**  | **Nazwisko**  | **PESEL** |
|  |  |  |
| **Płeć** | **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** | **Wykształcenie** |
| * Kobieta
* Mężczyzna
 |  | * Niższe niż podstawowe
* Podstawowe
* Gimnazjalne
* Ponadgimnazjalne
* Policealne
* Wyższe
 |

**DANE KONTAKTOWE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Województwo**  | **Powiat**  | **Gmina**  |
|  |  |  |
| **Miejscowość** | **Ulica**  |
|  |  |
| **Nr budynku** | **Nr lokalu** | **Kod pocztowy** |
|  |  |  |
| **Telefon kontaktowy** | **Adres e-mail** |
|  |  |

**INFORMACJE O ZATRUDNIENIU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonywany zawód** | **Miejsce zatrudnienia** |
|  |  |

**STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  |
| Osoba z niepełnosprawnościami  |  |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących  |  |
| w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu |  |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu  |  |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej |  |

 ……………………………………………………..

(data i podpis Beneficjenta)