**FORMULARZ DANYCH UCZESTNIKA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko** | |  | |
| **Imię** | |  | |
| **Nr PESEL** | |  | |
| **Płeć (kobieta/ mężczyzna)** | |  | |
| **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** | |  | |
| **Wykształcenie** | | wpisz „TAK” w odpowiednim wierszu | |
| niższe niż podstawowe (ISCED 0) | |  | |
| podstawowe (ISCED 1) | |  | |
| gimnazjalne (ISCED 2) | |  | |
| ponadgimnazjalne (ISCED 3) | |  | |
| policealne (ISCED 4) | |  | |
| wyższe (ISCED 5-8) | |  | |
| **Adres zamieszkania** | | | |
| Województwo | |  | |
| Powiat | |  | |
| Gmina | |  | |
| Miejscowość | |  | |
| Ulica | |  | |
| Nr budynku | |  | |
| Nr lokalu | |  | |
| Kod pocztowy | |  | |
| Telefon kontaktowy | |  | |
| Adres e-mail | |  | |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | | | |
| **Osoba pracująca, w tym:** | | **zaznacz TAK lub NIE** | **TAK/ NIE** |
|  | Jeśli jesteś osobą pracującą (zaznaczyłeś TAK) podkreśl jedną z poniższych opcji:  - inne  - 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 | | |
|  | **Wykonywany zawód** | | |
|  | Jeśli jesteś osobą pracującą (zaznaczyłeś TAK) podkreśl jedną z poniższych opcji:  - inny  - 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 szkolnictwa wyższego  - pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej  - pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej  - pracownik poradni psychologiczno - pedagogicznej  - rolnik | | |
|  | **Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia)** | | |
|  | Jeśli jesteś osobą pracującą poniżej wpisz nazwę i adres swojego zakładu pracy. | | |
| **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:** | | **zaznacz TAK lub NIE** | **TAK/ NIE** |
| Osoba długotrwale bezrobotna | | | TAK/ NIE |
| Inne | | | TAK/ NIE |
| **Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:** | | **zaznacz TAK lub NIE** | **TAK/ NIE** |
| Osoba długotrwale bezrobotna | | | TAK/ NIE |
| Inne | | | TAK/ NIE |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu** – zaznacz odpowiednie | | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | TAK/ NIE/ Odmawiam podania informacji | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | TAK/ NIE | |
| Osoba z niepełnosprawnościami | | TAK/ NIE/ Odmawiam podania informacji | |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | | TAK/ NIE/ Odmawiam podania informacji | |

…..……………………………………… ……………………………………………………………

MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA