


FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA PROJEKTU

	NAZWA	DANE UCZESTNIKA PROJEKTU												
Dane Uczestnika	IMIE													
	NAZWISKO													
	PESEL													
	WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne						<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe						
Dane kontaktowe Uczestnika	Adres zamieszkania (ulica, nr budynku/lokalu)													
	Kod pocztowy/ Miejscowość													
	Powiat/ Gmina													
	Telefon kontaktowy													
	Adres e-mail													
Status uczestnika w dniu przystąpienia do projektu	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna		<input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Nie dotyczy											
	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna		<input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Nie dotyczy											
	Osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu		<input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Nie dotyczy											
	Osoba pracująca w tym zatrudniona w : <input type="checkbox"/> W administracji rządowej <input type="checkbox"/> W administracji samorządowej <input type="checkbox"/> W organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> MMŚP (mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie)		<input type="checkbox"/> W dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność gospodarczą <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Nie dotyczy											
	Wykonywany zawód:													
	Czy należy Pan/-i do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji									
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji									
	Osoba z niepełnosprawnościami*		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji									
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji									

*Jeśli TAK, proszę opisać, czy ma Pan/Pani specjalne wymagania związane z niepełnosprawnością (np. podjazd dla wózka inwalidzkiego itp.):

.....

.....

(Miejscowość, data)

.....

(podpis Uczestnika projektu)