DEKLARACJA UCZESTNIKA PROJEKTU

þ - właściwe zaznaczyć

o - nie należy wypełniać pól zaznaczonych kolorem szarym

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **LP.** | **DANE OSTATECZNEGO BENEFICJENTA**  |
| **DANE UCZESTNIKA** | **1.** | **IMIĘ (IMIONA):** |
| **2.** | **NAZWISKO:** |
| **3.** | **PŁEĆ:** □ kobieta □ mężczyzna |
| **5.** | **PESEL:** |
| **6.** | **WYKSZTAŁCENIE:**□ wyższe □ policealne □ ponadgimnazjalne □ gimnazjalne□ podstawowe □ niższe niż podstawowe  |
|  **Dane kontaktowe** | **Należy podać dane kontaktowe (adres korespondencyjny, telefon), tzn. takie które umożliwią dotarcie do osoby w przypadku kiedy zostanie ona wylosowana do udziału w badaniu ewaluacyjnym** |
| **8.** | **ULICA** |
| **9.** | **NR DOMU** |
| **10.** | **NR LOKALU** |
| **11.** | **MIEJSCOWOŚĆ** |
| **13.** | **KOD POCZTOWY** |
| **14.** | **KRAJ** POLSKA |
| **15.** | **WOJEWÓDZTWO / POWIAT** KUJAWSKO-POMORSKIE **/** GOLUBSKO-DOBRZYŃSKI |
| **16.** | **GMINA**  |
| **17.** | **TELEFON KONTAKTOWY** |
| **18.** | **ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ (E-MAIL)** |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | **19.** | **□** osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy□ długotrwale bezrobotny*(pozostający bez zatrudnienia przez okres dłuższy niż 12 miesięcy)*□ inna□ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy*□ długotrwale bezrobotny (pozostający bez zatrudnienia przez okres dłuższy niż 12 miesięcy)**□ inna*□ osoba bierna zawodowo□ osoba ucząca się□ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu*□ inna*□ osoba pracująca□ inne………………………………………………………..□ osoba pracująca w administracji rządowej□ osoba pracująca w administracji samorządowej□ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie *(powyżej 250 pracowników)*□ osoba pracująca w mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie □ osoba pracująca w organizacji pozarządowej□ osoba prowadząca działalność na własny rachunek**Wykonywany zawód:**□ 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 |
| **19A** | **INSTYTUCJA/****ORGANIZACJA ZATRUDNIAJĄCA PRACOWNIKA** | **NAZWA INSTYTUCJI** |  |
| **ULICA I NUMER** |  |
| **KOD POCZTOWY** |  |
| **MIEJSCOWOŚC** |  |
| **TEL.** |  | **POWIAT** |  |
| **FAX.** |  | **NIP** |  |
| **REGON** |  | **E-MAIL** |  |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu** | **21.** | **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** **□** Nie□ Tak□ Odmowa podania informacji |
| **22.** | **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** **□** Nie□ Tak  |
| **23.** | **Osoba z niepełnosprawnościami**□ Nie□Tak**□** Odmowa podania informacji |
| **24.** | **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)**□ Nie□ Tak**□** Odmowa podania informacji |

……………………..………………………………………………….

podpis