

FORMULARZ DANE UCZESTNIKA PROJEKTU

Dane Uczestnika Projektu:	
Imię:	
Nazwisko:	
Data urodzenia:	PESEL: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
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:	
Ulica, nr budynku i nr lokalu:	
Kod pocztowy:	Miejscowość:
Województwo:	Powiat:
Gmina:	Telefon kontaktowy:
Adres e-mail:	
Status na rynku pracy:	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca, w tym: <input type="checkbox"/> ubogi pracujący <input type="checkbox"/> osoby odchodzące z rolnictwa i ich rodziny <input type="checkbox"/> osoby zatrudnione na umowach krótkoterminowych <input type="checkbox"/> pracujący w ramach umów cywilno-prawnych wykonywany zawód: zatrudniony w: nazwa instytucji/przedsiębiorstwa
Status Uczestnika:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji ➤ Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie ➤ Osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji ➤ Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji

Załącznik nr 4

Oświadczam, że na dzień podpisania niniejszego Formularza jestem¹:

- osobą zamieszkujejącą na terenie Polski
- osobą, która opuściła:
 - pieczę zastępczą (do 2 lat po opuszczeniu instytucji pieczy)
 - młodzieżowy ośrodek wychowawczy/socjoterapii (do 2 lat po opuszczeniu)
 - specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy/wychowawczy (do 2 lat po opuszczeniu) ..
 - zakład pracy chronionej (do 2 lat po zakończeniu zatrudnienia w zakładzie).....
- osobą, która zakończyła naukę w szkole specjalnej (do 2 lat po o zakończeniu nauki) ..
- matką przebywającą w domu samotnej matki
- osobą nie uczestniczącą w kształceniu
- osobą nie uczestniczącą w szkoleniu, która jednocześnie nie brała udziału w tej formie aktywizacji, finansowanej ze środków publicznych, w okresie ostatnich 4 tygodni

Świadomy/a odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Biura Projektu o wszelkich zmianach przedmiotowych danych.

.....
miejsowość

.....
data

.....
podpis Uczestnika Projektu²

¹ Należy zaznaczyć wszystkie punkty, które spełnia Uczestnik Projektu.

² W przypadku osób poniżej 18 roku życia i osób z ograniczoną zdolnością do czynności prawnych pod Formularzem powinien podpisać się dodatkowo opiekun prawny.