DEKLARACJA UCZESTNIKA PROJEKTU

 - właściwe zaznaczyć

 - 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