**DANE UCZESTNIKA PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona) |  |
| PESEL |  |
| Płeć | * K
 | * M
 |
| Poziom wykształcenia(właściwe zaznacz znakiem X) | * niższe niż podstawowe
* podstawowe
* gimnazjalne
 | * ponadgimnazjalne
* policealne
* wyższe
 |
| Adres zamieszkania:(ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość, gmina, powiat, województwo) |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| Status na rynku pracy(właściwe zaznacz znakiem X) | * **osoba bezrobotna** – tj. osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienie, w tym jako osoba zarejestrowana w PUP
* **osoba bezrobotna długotrwale**
* **osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy**
* **osoba bierna zawodowo** – tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej tzn. nie pracuje,nie jest gotowa do podjęcia pracy, nie poszukuje aktywnie zatrudnienia i nie jest bezrobotna
* **osoba bezrobotna lub osoba bierna zawodowo ucząca się**
* **osoba pracująca**
 |
| Wykonywany zawód | * inny
* instruktor praktycznej nauki zawodu
* kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
* nauczyciel kształcenia ogólnego
* nauczyciel kształcenia zawodowego
* nauczyciel wychowania przedszkolnego
* pracownik instytucji rynku pracy
* pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
* pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
* pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
* pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
* pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej
* rolnik
* nie dotyczy
 |  |
| Miejsce zatrudnienia (o ile dotyczy) |  |  |  |  |
| Osoba obcego pochodzenia(właściwe zaznacz znakiem X) | * TAK
 | * NIE
 |  |  |
| Osoba państwa trzeciego(właściwe zaznacz znakiem X) | * TAK
 | * NIE
 |  |  |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej ( w tym społeczności marginalizowanej) (właściwe zaznacz znakiem X) | * TAK
 | * NIE
 |  |  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań(właściwe zaznacz znakiem X) | * TAK
 | * NIE
 |  |  |
| Osoba z niepełnosprawnością(właściwe zaznacz znakiem X) | * TAK
 | * NIE
 |  |  |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (właściwe zaznacz znakiem X) | * TAK
 | * NIE
 |  |  |

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam prawdziwość danych zawartych w niniejszym formularzu.

…………………………………………………..
(data i czytelny podpis uczestnika projektu)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby uczestnictwa w projekcie „Rodzinne achipelagi”, zgodnie z klauzulą, stanowiącą załącznik do niniejszego formularza.

………………………………………………………….…………..…..
(data i czytelny podpis uczestnika projektu)