



Załącznik nr 1 do Deklaracji uczestnictwa w projekcie

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

DANE OSOBOWE	
Imię (imiona)	
Nazwisko	
Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe
DANE KONTAKTOWE	
Kraj	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość i kod pocztowy	
Ulica, nr budynku, nr lokalu	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
SZCZEGÓŁY I RODZAJ WSPARCIA	
Rodzaj uczestnika	<input type="checkbox"/> indywidualny <input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu



STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:	
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	W tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	W tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo	W tym: <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
<input type="checkbox"/> osoba pracująca	W tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne
Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej



	<input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Zatrudniony w:	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia (jeżeli dotyczy) – należy wskazać dzień, miesiąc i rok	
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
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

Data i czytelny podpis uczestnika projektu

