Zał. nr 1 do Deklaracji uczestnictwa w projekcie

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY**

|  |
| --- |
| DANE OSOBOWE |
| Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| Płeć |   Kobieta  Mężczyzna |
| PESEL |  |
| Wykształcenie |  gimnazjalne niższe niż podstawowe podstawowe policealne ponadgimnazjalne 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 |  indywidualny pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: |
|  osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | W tym: osoba długotrwale bezrobotna inne |
|  osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | W tym: osoba długotrwale bezrobotna inne |
|  osoba bierna zawodowo | W tym: inne osoba ucząca sięosoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu |
|  osoba pracująca | W tym: osoba pracująca w administracji rządowej osoba pracująca w administracji samorządowej osoba pracująca w MMŚP osoba pracująca w organizacji pozarządowej osoba prowadząca działalność na własny rachunek osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie inne |
| Wykonywany zawód |  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 inny nie dotyczy |
| Zatrudniony w:  | ……………………………...………………………  nie dotyczy |
| Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia (jeżeli dotyczy) | …………………………………………………….... nie dotyczy |
| STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |  TAK  |   NIE |   | Odmawiam podania informacji |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  TAK  NIE |
| Osoba z niepełnosprawnościami |  TAK  |   NIE |  | Odmawiam podania informacji |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) |  TAK  |   NIE |  | Odmawiam podania informacji |

………………………………………………………….

 Data i czytelny podpis uczestnika projektu