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