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) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących |  TAK  NIE | | | | | |
| w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu |  TAK  NIE | | | | | |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu |  TAK  NIE | | | | | |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) |  TAK | |  NIE |  | | Odmawiam podania informacji |

Data i czytelny podpis uczestnika projektu