



FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA PROJEKTU - SZKOLENIA

	Nazwa	Dane Uczestnika Projektu																				
Dane Uczestnika	Imię																					
	Nazwisko																					
	Pesel	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe																					
Dane kontaktowe Uczestnika	Adres zamieszkania (ulica, nr budynku/lokalu)																					
	Kod pocztowy/miejscowość																					
	Powiat/gmina																					
	Telefon kontaktowy																					
	Adres e-mail																					
Status Uczestnika w chwili przystąpienia do projektu	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo osoba <input type="checkbox"/> pracująca																				
	W tym (dotyczy tylko osób pracujących)	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP osoba <input type="checkbox"/> 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 (dotyczy tylko osób pracujących)	
--	--	--

	Nazwa	Dane Uczestnika Projektu
Status Uczestnika w chwili przystąpienia do projektu	Zatrudniony w (dotyczy tylko osób pracujących – należy podać nazwę zakładu pracy)	
	Czy należy Pan/-i do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa udzielenia 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"/> odmowa udzielenia informacji
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa udzielenia informacji

* Jeśli TAK, proszę opisać, czy ma Pan/Pani specjalne wymagania związane z niepełnosprawnością (np. podjazd dla wózka inwalidzkiego itp.):

.....

.....

.....

.....