



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków
Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Dane uczestników projektów, którzy otrzymują wsparcie w ramach EFS

Dane uczestnika	Imię	
	Nazwisko	
	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
	Wiek w chwili przystępowania do projektu	
	PESEL	
	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (wykształcenie średnie lub zasadnicze) <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe
	Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Dane kontaktowe	Ulica	
	Nr domu	
	Nr lokalu	
	Miejscowość	
	Obszar	<input type="checkbox"/> wiejski – gmina/miasto do 25000 mieszkańców <input type="checkbox"/> miejski – gmina/miasto powyżej 25000 mieszkańców
	Kod pocztowy	
	Województwo	
	Powiat	
	Telefon stacjonarny	
	Telefon komórkowy	

	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
--	--------------------------------------	--

Dane dodatkowe	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> osoba nieaktywna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba samozatrudniona <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> osoba zatrudniona: <input type="checkbox"/> w administracji publicznej <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w mikroprzedsiębiorstwie (zatrudnia do 9 pracowników) <input type="checkbox"/> w małym przedsiębiorstwie (zatrudnia 10-49 pracowników) <input type="checkbox"/> w średnim przedsiębiorstwie (zatrudnia 50-249 pracowników) <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie (zatrudnia powyżej 249 pracowników)
	Miejsce zatrudnienia: nazwa i adres	
	Przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Fakt bycia migrantem	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Fakt bycia osobą niepełnosprawną	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

.....
 Podpis uczestniczki/uczestnika
 rodzica/opiekuna

Wypełnia Kierownik projektu

Rodzaj udzielonego wsparcia	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Data zakończenia udziału w projekcie	
Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	