

Załącznik nr 1 do Umowy Uczestnictwa w projekcie „Łódź rewitalizuje, Łódź szkoli – zostań opiekunką medyczną”

FORMULARZ DANYCH UCZESTNICZKI

PROJEKT „Łódź rewitalizuje, łódź szkoli – zostań opiekunką medyczną”

Dane Uczestnika / Uczestniczki	1	Imię (imiona)				
	2	Nazwisko				
	3	Płeć		x Kobieta		
	4	PESEL		-----		
	5	Wykształcenie	Niższe niż podstawowe		<input type="checkbox"/>	
			Podstawowe		<input type="checkbox"/>	
Gimnazjalne			<input type="checkbox"/>			
Ponadgimnazjalne			<input type="checkbox"/>			
Policealne			<input type="checkbox"/>			
		Wyższe		<input type="checkbox"/>		
Dane kontaktowe (adres zamieszkania)	6	Ulica				
	7	Nr domu				
	8	Nr lokalu				
	9	Miejscowość				
	10	Kod pocztowy				
	11	Województwo				
	12	Powiat				
	13	Gmina				
	14	Telefon kontaktowy				
15	Adres poczty elektronicznej (e-mail)					
Dane dodatkowe	16	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	Tak	<input type="checkbox"/>	
				Nie	<input type="checkbox"/>	
				w tym: osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/>	
			Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	Tak	<input type="checkbox"/>	
				Nie	<input type="checkbox"/>	
			Osoba bierna zawodowo	Tak	<input type="checkbox"/>	
				Nie	<input type="checkbox"/>	
	w tym: osoba ucząca się	<input type="checkbox"/>				
	osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/>				

Dane dodatkowe	16	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	Osoba pracująca	Tak	<input type="checkbox"/>
				Nie	<input type="checkbox"/>
			w tym:	osoba pracująca w administracji rządowej	<input type="checkbox"/>
				osoba pracująca w administracji samorządowej	<input type="checkbox"/>
				osoba pracująca w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/>
				osoba pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie (MMŚP)	<input type="checkbox"/>
				osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/>
				osoba prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/>
				inne	<input type="checkbox"/>
				Wykonywany zawód	Instruktor praktycznej nauki zawodu
			Nauczyciel kształcenia ogólnego		<input type="checkbox"/>
			Nauczyciel wychowania przedszkolnego		<input type="checkbox"/>
			Nauczyciel kształcenia zawodowego		<input type="checkbox"/>
			Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia		<input type="checkbox"/>
			Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej		<input type="checkbox"/>
			Pracownik instytucji rynku pracy		<input type="checkbox"/>
			Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego		<input type="checkbox"/>
			Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej		<input type="checkbox"/>
			Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej		<input type="checkbox"/>
			Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej		<input type="checkbox"/>
			Rolnik		<input type="checkbox"/>
			Inny		<input type="checkbox"/>
			Zatrudniony w: (nazwa i adres)		

17	Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	Tak	<input type="checkbox"/>
			Nie	<input type="checkbox"/>
			Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/>
		Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Tak	<input type="checkbox"/>
			Nie	<input type="checkbox"/>
		Osoba z niepełnosprawnościami	Tak	<input type="checkbox"/>
			Nie	<input type="checkbox"/>
		Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	Tak	<input type="checkbox"/>
			Nie	<input type="checkbox"/>
		w tym:	w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/>
		Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	Tak	<input type="checkbox"/>
			Nie	<input type="checkbox"/>
		Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) - osoba z wykształceniem niższym niż podstawowe, osoba bezdomna, osoba wykluczona z dostępu do mieszkań, osoba pochodząca z obszarów wiejskich, były więźni, narkoman	Tak	<input type="checkbox"/>
			Nie	<input type="checkbox"/>
Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/>			

Oświadczam, że dane podane w Formularzu danych są zgodne z prawdą.

Ja, niżej podpisana, jestem świadoma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNICZKI