



FORMULARZ PRZEKAZANIA DANYCH – OSOBA FIZYCZNA

(Uczestnik indywidualny)

Imię/Imiona			
Nazwisko			
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	
PESEL		Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
Status uczestnika	<input type="checkbox"/> Użytkownik	<input type="checkbox"/> Odbiorca	
Dane kontaktowe			
Ulica			
Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> WIEJSKI <input type="checkbox"/> MIEJSKI	Gmina	
Powiat		Województwo	
Telefon stacjonarny			
Telefon komórkowy			
Adres e-mail			
Poziom wykształcenia <i>(zaznaczyć X we właściwym miejscu wybierając jedno ostatnie ukończone wykształcenie tzn. najwyższe)</i>	<input type="checkbox"/> Brak <i>(brak formalnego wykształcenia)</i> <input type="checkbox"/> Podstawowe <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)</i> <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)</i> <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej zawodowej)</i> <input type="checkbox"/> Policealne <i>(kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)</i> <input type="checkbox"/> Wyższe <i>(pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym)</i>		
Status na rynku pracy	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca, w tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP		



	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne	
	Zawód:	<input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> 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"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomicznego <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> rolnik
	Zatrudniony w (nazwa instytucji/ przedsiębiorstwa w którym Uczestnik jest zatrudniony):	
	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana, w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	
	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana, w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	
	<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba niebiorąca udziału w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne	
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> odmowa udzielenia informacji	
Osoba należąca do mniejszości narodowej, etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> odmowa udzielenia informacji	



„Skrzydła dla innowacji przyszłością dojrzałej edukacji”

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
W tym:	W gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (niż wymienione powyżej)
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> odmowa udzielenia informacji

Oświadczam, że podane dane są prawdziwe, i że są mi znane przepisy Kodeksu karnego o odpowiedzialności za podanie danych niezgodnych z rzeczywistością.

Data i podpis osoby składającej Formularz: