



DEKLARACJA UCZESTNIKA PROJEKTU

„Razem lepiej”- warsztaty dla seniorów w miejscowości Owieczkowo

☒ - właściwe zaznaczyć

☐ - nie należy wypełniać pól zaznaczonych kolorem szarym

LP.	DANE OSTATECZNEGO BENEFICJENTA	
1.	IMIĘ (IMIONA):	
2.	NAZWISKO:	
3.	PŁEĆ: ☐ kobieta ☐ mężczyzna	
5.	PESEL:	
6.	WYKSZTAŁCENIE: ☐ Niższe niż podstawowe ☐ Podstawowe ☐ Gimnazjalne ☐ Ponadgimnazjalne ☐ Policealne ☐ Wyższe	
Dane kontaktowe	Należy podać dane kontaktowe (adres korespondencyjny, telefon), tzn. takie które umożliwią dotarcie do osoby w przypadku, kiedy zostanie ona wylosowana do udziału w badaniu ewaluacyjnym	
	8. ULICA	nie dotyczy
	9. NR DOMU	
	10. NR LOKALU	
	11. MIEJSCOWOŚĆ	
	13. KOD POCZTOWY	87-400
	14. KRAJ	POLSKA
	15. WOJEWÓDZTWO / POWIAT	KUJAWSKO-POMORSKIE / GOLUBSKO-DOBZYŃSKI
	16. GMINA	Golub-Dobrzyń
	17.	TELEFON KONTAKTOWY



	18. ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ (E-MAIL)																					
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	19. ☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ☐ długotrwale bezrobotny (pozostający bez zatrudnienia przez okres dłuższy niż 12 miesięcy) ☐ inna ☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ☐ długotrwale bezrobotny (pozostający bez zatrudnienia przez okres dłuższy niż 12 miesięcy) ☐ inna ☐ osoba bierna zawodowo ☐ osoba ucząca się ☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ inna ☐ osoba pracująca ☐ inne..... ☐ osoba pracująca w administracji rządowej ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie (powyżej 250 pracowników) ☐ osoba pracująca w mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek Wykonywany zawód: ☐ inny..... ☐ 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																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td data-bbox="395 1630 454 2065" rowspan="7" style="text-align: center; vertical-align: middle;">19A</td> <td data-bbox="454 1630 742 1899" rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">INSTYTUCJA/ ORGANIZACJA ZATRUDNIAJĄCA PRACOWNIKA</td> <td data-bbox="742 1630 933 1691" style="text-align: center;">NAZWA INSTYTUCJI</td> <td data-bbox="933 1630 1449 1691"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="742 1691 933 1751" style="text-align: center;">ULICA I NUMER</td> <td data-bbox="933 1691 1449 1751"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="742 1751 933 1814" style="text-align: center;">KOD POCZTOWY</td> <td data-bbox="933 1751 1449 1814"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="742 1814 933 1899" style="text-align: center;">MIEJSCOWOŚĆ</td> <td data-bbox="933 1814 1449 1899"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="454 1899 571 1960" style="text-align: center;">TEL.</td> <td data-bbox="571 1899 742 1960"></td> <td data-bbox="742 1899 933 1960" style="text-align: center;">POWIAT</td> <td data-bbox="933 1899 1449 1960"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="454 1960 571 2020" style="text-align: center;">FAX.</td> <td data-bbox="571 1960 742 2020"></td> <td data-bbox="742 1960 933 2020" style="text-align: center;">NIP</td> <td data-bbox="933 1960 1449 2020"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="454 2020 571 2072" style="text-align: center;">REGON</td> <td data-bbox="571 2020 933 2072"></td> <td data-bbox="933 2020 1072 2072" style="text-align: center;">E-MAIL</td> <td data-bbox="1072 2020 1449 2072"></td> </tr> </table>	19A	INSTYTUCJA/ ORGANIZACJA ZATRUDNIAJĄCA PRACOWNIKA	NAZWA INSTYTUCJI		ULICA I NUMER		KOD POCZTOWY		MIEJSCOWOŚĆ		TEL.		POWIAT		FAX.		NIP		REGON		E-MAIL
19A	INSTYTUCJA/ ORGANIZACJA ZATRUDNIAJĄCA PRACOWNIKA			NAZWA INSTYTUCJI																		
				ULICA I NUMER																		
				KOD POCZTOWY																		
			MIEJSCOWOŚĆ																			
	TEL.			POWIAT																		
	FAX.			NIP																		
	REGON		E-MAIL																			



Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	21.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia ☐ Nie ☐ Tak ☐ Odmowa podania informacji
	22.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań ☐ Nie ☐ Tak
	23.	Osoba z niepełnosprawnościami ☐ Nie ☐ Tak ☐ Odmowa podania informacji
	24.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) ☐ Nie ☐ Tak ☐ Odmowa podania informacji

.....

podpis