



DEKLARACJA UCZESTNIKA PROJEKTU

„Czas na marzenia” - warsztaty dla seniorów w miejscowości Gałczewko

☒ - właściwe zaznaczyć

☐ - nie należy wypełniać pól zaznaczonych kolorem szarym

LP.	DANE OSTATECZNEGO BENEFICJENTA
DANE UCZESTNIKA	1. IMIĘ (IMIONA):
	2. NAZWISKO:
	3. PŁEĆ: ☐ kobieta ☐ mężczyzna
	5. PESEL:
	6. WYKSZTAŁCENIE: ☐ wyższe ☐ policealne ☐ ponadgimnazjalne ☐ gimnazjalne ☐ podstawowe ☐ niższe niż podstawowe
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
	9. NR DOMU
	10. NR LOKALU
	11. MIEJSCOWOŚĆ
	13. KOD POCZTOWY
	14. KRAJ POLSKA
	15. WOJEWÓDZTWO / POWIAT KUJAWSKO-POMORSKIE / GOLUBSKO-DOBZYŃSKI
	16. GMINA
	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
	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