



DEKLARACJA UCZESTNIKA PROJEKTU

☒ - właściwe zaznaczyć

☐ - nie należy wypełniać pól zaznaczonych kolorem szarym

	LP.	DANE OSTATECZNEGO BENEFICJENTA
DANE UCZESTNIKA	1.	IMIĘ (IMIONA):
	2.	NAZWISKO:
	3.	PŁEĆ: ☐ kobieta ☐ mężczyzna
	4.	PESEL:
	5.	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 wyłoniona do udziału w projekcie.	
	6.	ULICA (jeśli jest)
	7.	NR DOMU
	8.	NR LOKALU
	9.	MIEJSCOWOŚĆ
	10.	KOD POCZTOWY
	11.	KRAJ POLSKA
	12.	WOJEWÓDZTWO / POWIAT KUJAWSKO-POMORSKIE / GOLUBSKO-DOBZYŃSKI
	13.	GMINA
	14.	TELEFON KONTAKTOWY
	15.	ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ (E-MAIL)

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	16.	☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ☐ długotrwale bezrobotny (<i>pozostający bez zatrudnienia przez okres dłuższy niż 12 miesięcy</i>) ☐ inna ☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ☐ długotrwale bezrobotny (<i>pozostający bez zatrudnienia przez okres dłuższy niż 12 miesięcy</i>) ☐ 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 (<i>powyżej 250 pracowników</i>) ☐ 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					
	16A	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	17.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia ☐ Nie ☐ Tak ☐ Odmowa podania informacji					

do projektu	18.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań ☐ Nie ☐ Tak
	19.	Osoba z niepełnosprawnościami (posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności) ☐ Nie ☐ Tak ☐ Odmowa podania informacji
	20.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) ☐ Nie ☐ Tak ☐ Odmowa podania informacji

.....

Data i podpis