



Fundusze Europejskie  
Wiedza Edukacja Rozwój



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny

**FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA PROJEKTU**  
**Program operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020**  
**„Profilaktyka nowotworów głowy i szyi”**

<b>Imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
<b>Wiek w chwili przystąpienia do projektu:</b>	
<b>Wykształcenie:</b>	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe
<b>Województwo:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr budynku:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Telefon komórkowy:</b>	
<b>Adres e-mail (jeśli dotyczy):</b>	
<b>Status na rynku pracy na dzień przystąpienia do projektu</b>	
<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne	
<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, 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 nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Inne	

Osoba pracująca w tym zatrudniona w:	
<input type="checkbox"/> W administracji rządowej <input type="checkbox"/> W administracji samorządowej <input type="checkbox"/> W organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> MMŚP <input type="checkbox"/> W dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność gospodarczą <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
Wykonywany zawód:	
<b>Status uczestnika w dniu przystąpienia do projektu</b>	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
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	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji (innej niż wymienione)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

.....

Data, miejscowość

.....

Czytelny podpis uczestnika projektu