

**FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA PROJEKTU**  
**pt. „Zintegrowany Program Rozwoju Politechniki Częstochowskiej”**

DANE PODSTAWOWE UCZESTNIKA PROJEKTU		
Imię		
Nazwisko		
PESEL lub w przypadku braku nr PESEL - wiek w chwili przystąpienia do projektu -		Płeć
		kobieta / mężczyzna*
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <i>(liceum, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, zasadnicza szkoła zawodowa)</i> <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <i>(szkoła policealna)</i> <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8) <i>(w tym licencjackie)</i>	

DANE KONTAKTOWE		
Województwo	Powiat	Gmina
Miejscowość	Ulica	
Nr budynku	Nr lokalu	Kod pocztowy
Telefon kontaktowy	Adres e-mail	

STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY w chwili przystąpienia do projektu		
OSOBOBA BEZROBOTNA:	TAK / NIE*	<p>w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</li> <li><u>w tym:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</li> <li><u>w tym:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul> </li> </ul>
OSOBA BIERNA ZAWODOWO <i>(nie pracuje, nie jest zarejestrowany/-a w Powiatowym/Miejskim Urzędzie Pracy i nie poszukuje pracy, w tym STUDENT/KA)</i>	TAK / NIE*	<p>w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba ucząca się</li> <li><input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul>
OSOBA PRACUJĄCA:	TAK / NIE*	<p>w tym osoba pracująca w:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> w administracji rządowej</li> <li><input type="checkbox"/> w administracji samorządowej</li> <li><input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej</li> <li><input type="checkbox"/> w MMŚP</li> <li><input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie</li> <li><input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul> <p>wykonywany zawód:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu</li> <li><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego</li> <li><input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego</li> <li><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia</li> <li><input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej</li> </ul>

	<input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny
	zatrudniony w: (nazwa firmy) .....

STATUS UCZESTNIKA w chwili przystąpienia do projektu – informacje dodatkowe	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	TAK / NIE / ODMAWIAM ODPOWIEDZI*
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK / NIE*
Osoba z niepełnosprawnościami	TAK / NIE / ODMAWIAM ODPOWIEDZI*
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	TAK / NIE / ODMAWIAM ODPOWIEDZI*

Ponadto oświadczam, że zapoznałam/em się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa pracowników dla zadań 14-15 w ramach Projektu pt. „Zintegrowany Program Rozwoju Politechniki Częstochowskiej”* i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów.

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis uczestnika projektu

\* Niepotrzebne skreślić