



## Formularz uczestnika<sup>1</sup> projektu

	Lp.	Nazwa	Pola do wypełnienia/zaznaczenia							
Dane uczestnika	1	Imię / imiona i nazwisko								
	2	Miejsce urodzenia (miasto i województwo)								
	3	PESEL								
	4	Wykształcenie	<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					
Dane kontaktowe	5	Adres zamieszkania ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod gmina, powiat								
			gmina:				powiat:			
	6	Telefon								
	7	Adres poczty elektronicznej e-mail								
Dane dodatkowe	8	Status osoby na rynku pracy  (uwaga: dołączyć dokumenty potwierdzające posiadanie danego statusu)	<input type="checkbox"/> osoba niepracująca, zwolniona z pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy w dniu:....., tj. w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu, w tym: <input type="checkbox"/> os. bezrobotna zarejestrowana w PUP <input type="checkbox"/> os. bezrobotna niezarejestrowana w PUP <input type="checkbox"/> os. bierna zawodowo							
			<input type="checkbox"/> osoba przewidziana do zwolnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy lub zagrożona zwolnieniem z pracy <b>zatrudniona w (nazwa):</b> .....							
			<input type="checkbox"/> administracji rządowej <input type="checkbox"/> administracji samorządowej <input type="checkbox"/> na stanowisku: <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> rolnik	<input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> MMŚP <input type="checkbox"/> inne					
			<input type="checkbox"/> pracownik inst. systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> inny							
	9	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					
10	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie							
11	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji						
12	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie							

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych i poprzez złożenie niniejszego formularza deklaruję gotowość przystąpienia do ścieżki szkoleniowej projektu „**Wróć do działania**”, na warunkach określonych w Regulaminie.

.....  
Data i czytelny podpis uczestnika projektu

załączniki:

1. potwierdzenie posiadania danego statusu na rynku pracy
2. orzeczenie o niepełnosprawności (o ile dotyczy)

<sup>1</sup> kandydat staje się uczestnikiem projektu po pozytywnym zakończeniu procesu rekrutacji, w momencie podpisania umowy uczestnictwa w projekcie