Załącznik nr 3

**FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA PROJEKTU**

* Udział w programie zdrowotnym – usługa medyczna/zdrowotna
* Szkolenie POZ/kurs

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | | | |
| **DANE OSOBOWE** | **1. IMIĘ** |  | | | | | | | | | | | | |
| **2. NAZWISKO** |  | | | | | | | | | | | | |
| **3. PESEL** |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| * **BRAK PESEL** | | | | | | | | | | | | | |
| **4. WYKSZTAŁCENIE** | * niższe niż podstawowe (ISCED 0) | | | | | | | * ponadgimnazjalne (ISCED 3) | | | | | |
| * podstawowe (ISCED 1) | | | | | | | * policealne (ISCED 4) | | | | | |
| * gimnazjalne (ISCED 2) | | | | | | | * wyższe (ISCED 5-8) | | | | | |
| **5. PŁEC** | * kobieta | | | | | | * mężczyzna | | | | | | |
| **6. WIEK (WYRAŻONY LICZBĄ CAŁKOWITĄ)** | | |  | | | | | | | | | | |
| **7. RODZAJ UCZESTNIKA** | * indywidualny | | | | | | | | | | | | |
| * pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu | | | | | | | | | | | | |
| **NAZWA INSTYTUCJI** |  | | | | | | | | | | | | |
| **DANE KONTAKTOWE** | **1. WOJEWÓDZTWO** |  | | | | | | | | | | | | |
| **2. POWIAT** |  | | | | | | | | | | | | |
| **3. GMINA** |  | | | | | | | | | | | | |
| **4. MIASTO / MIEJSCOWOŚĆ** |  | | | | | | | | | | | | |
| **5. ULICA** |  | | | | | | | | | | | | |
| **6. NR BUDYNKU** |  | | | | | | | | | | | | |
| **7. NR LOKALU** |  | | | | | | | | | | | | |
| **8. KOD POCZTOWY** |  | | | | | | | | | | | | |
| **9. TELEFON KONTAKTOWY** |  | | | | | | | | | | | | |
| **10. ADRES E-MAIL** |  | | | | | | | | | | | | |
| **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | **1. OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W EWIDENCJI**  **URZĘDÓW PRACY** | | | | | | * tak, długotrwale * inne | | | | | | | |
| **2. OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY** | | | | | | * tak, długotrwale * inne | | | | | | | |
| **3. OSOBA BIERNA ZAWODOWO** | | | | | | * osoba ucząca się * osoba nieuczestnicząca w kształceniu/szkoleniu * inne | | | | | | | |
| **4. OSOBA PRACUJĄCA** | * osoba pracująca w administracji rządowej | | | | | | | | | | | | |
| * osoba pracująca w administracji samorządowej | | | | | | | | | | | | |
| * osoba pracująca w MMŚP | | | | | | | | | | | | |
| * osoba pracująca w organizacji pozarządowej | | | | | | | | | | | | |
| * osoba prowadząca działalność na własny rachunek | | | | | | | | | | | | |
| * osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie | | | | | | | | | | | | |
|  | * Inne | | | | | | | | | | | | |
| **5. ZAWÓD WYKONYWANY** | * instruktor praktycznej nauki zawodu * nauczyciel kształcenia ogólnego * nauczyciel wychowania przedszkolnego * nauczyciel kształcenia zawodowego * pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia (właściwe podkreślić): * lekarz POZ * pielęgniarka * edukator zdrowotny * 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 * inny (jaki ?) ………………………………….. | | | | | | | | | | | | |
| **6. ZATRUDNIONA/Y W (MIEJSCE ZATRUDNIENIA)** |  | | | | | | | | | | | | |
|  | **7. CZY PRACA ZAWODOWA WIĄŻE SIĘ/WIĄZAŁA SIĘ Z POTRZEBĄ DŁUŻSZEGO PRZEBYWANIA NA ZEWNĄTRZ** | | | | | | * TAK | | | | | * NIE | | |
| **STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | **1. OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA** | | | | | | * TAK | | | | | | | |
| * NIE | | | | | | | |
| * odmowa podania informacji | | | | | | | |
| **2. OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ** | | | | | | * TAK | | | | | | | |
| * NIE | | | | | | | |
| * odmowa podania informacji | | | | | | | |
| **3. OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWOŚCIAMI\*** | | | | | | * TAK | | | | | | | |
| * NIE | | | | | | | |
| * odmowa podania informacji | | | | | | | |
| **4. OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ** | | | | | | * TAK | | | | | | | |
| * NIE | | | | | | | |
| * odmowa podania informacji | | | | | | | |

\*Jeśli TAK, proszę o poinformowanie nas o swoich potrzebach, umożliwi to przygotowanie odpowiedniej pomocy oraz sprawna obsługę

…………………………………………………………………………………………

……………………………..

Podpis Uczestnika Projektu