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