



KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

do projektu „Profesjonalna ochrona”
Nr projektu: POWR.03.01.00-00-T149/18

DANE UCZESTNIKA

DANE UCZESTNIKA	
Kraj	
Rodzaj uczestnika *	<input type="checkbox"/> osoba w wieku 18-60 lat <input type="checkbox"/> osoba aktywna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba zainteresowana podnoszeniem swych kompetencji w życiu prywatnym i zawodowym *Można zaznaczyć kilka
Imię (Imiona)(Given name)	
Nazwisko (Last name)	
Płeć (sex: female/male)	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu (lata ukończone) (your age)	
PESEL / Nr dowodu osobistego/ Nr karty stałego pobytu	
Wykształcenie (education)	<input type="checkbox"/> gimnazjalne (upper secondary)(ukończone na poziomie szkoły średniej) <input type="checkbox"/> policealne (post-secondary) (np. studium pomaturalne)

	<input type="checkbox"/> wyższe (university education)(pełne i ukończone na poziomie wyższym)
Ulica (street name)	
Nr domu (building number)	
Nr lokalu (apartment number)	
Miejscowość (city)	
Kod pocztowy (postal code)	
Województwo (voivodeship)	
Powiat (district)	
Gmina (community)	
Tel. kontaktowy (phone number)	
Adres e-mail (email address)	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	
<input type="checkbox"/> osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
W tym	
<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Wykonywany zawód

<input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Miejsce zatrudnienia:

Status uczestnika projektu w momencie przystąpienia do projektu

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 w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

Niniejszym wyrażam chęć udziału w Projekcie „Profesjonalna ochrona”

- Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie „Profesjonalna ochrona”, nr projektu: **POWR.03.01.00-00-T149/18**
- Oświadczam, że zostałem(łam) poinformowany(na), iż Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój
- Uprzedzony/-a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Kwestionariuszu Osobowym oraz wszystkich przedstawionych załącznikach są zgodne z prawdą.

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA