

Załącznik 1 do Umowy wsparcia w ramach PSF WŁ

Dane beneficjentów ostatecznych – uczestników **indywidualnych** (w tym osób fizycznych, prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą)

1	Imię (imiona)			
2	Nazwisko			
3	Płeć		<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
4	PESEL		-----	
5	Wykształcenie	Niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/>	
		Podstawowe	<input type="checkbox"/>	
		Gimnazjalne	<input type="checkbox"/>	
		Ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/>	
		Policealne	<input type="checkbox"/>	
		Wyższe	<input type="checkbox"/>	
6	Ulica			
7	Nr domu			
8	Nr lokalu			
9	Miejscowość			
10	Kod pocztowy			
11	Województwo			
12	Powiat			
13	Gmina			
14	Telefon kontaktowy			
15	Adres poczty elektronicznej (e-mail)			
16	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	Tak	<input type="checkbox"/>
			Nie	<input type="checkbox"/>
		w tym:	osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/>
			Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	Tak
		Nie		<input type="checkbox"/>
		Osoba bierna zawodowo	Tak	<input type="checkbox"/>
			Nie	<input type="checkbox"/>
		w tym:	osoba ucząca się	<input type="checkbox"/>
osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/>			
16	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	Osoba pracująca	Tak	<input type="checkbox"/>
			Nie	<input type="checkbox"/>
		w tym:	osoba pracująca w administracji rządowej	<input type="checkbox"/>
			osoba pracująca w administracji samorządowej	<input type="checkbox"/>
			osoba pracująca w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/>
			osoba pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie (MMŚP)	<input type="checkbox"/>
			osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/>
			osoba prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/>
			inne	<input type="checkbox"/>
		Wykonywany zawód	Instruktor praktycznej nauki zawodu	<input type="checkbox"/>
Nauczyciel kształcenia ogólnego	<input type="checkbox"/>			

			Nauczyciel wychowania przedszkolnego	<input type="checkbox"/>
			Nauczyciel kształcenia zawodowego	<input type="checkbox"/>
			Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	<input type="checkbox"/>
			Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej	<input type="checkbox"/>
			Pracownik instytucji rynku pracy	<input type="checkbox"/>
			Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego	<input type="checkbox"/>
			Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/>
			Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej	<input type="checkbox"/>
			Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej	<input type="checkbox"/>
			Rolnik	<input type="checkbox"/>
			Inny	<input type="checkbox"/>
			Zatrudniony w: (nazwa i adres)	
17	Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	Tak	<input type="checkbox"/>
			Nie	<input type="checkbox"/>
			Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/>
		Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Tak	<input type="checkbox"/>
			Nie	<input type="checkbox"/>
		Osoba z niepełnosprawnościami	Tak	<input type="checkbox"/>
			Nie	<input type="checkbox"/>
		Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	Tak	<input type="checkbox"/>
			Nie	<input type="checkbox"/>
		w tym:	w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/>
		Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	Tak	<input type="checkbox"/>
			Nie	<input type="checkbox"/>
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) - osoba z wykształceniem niższym niż podstawowe, osoba bezdomna, osoba wykluczona z dostępu do mieszkań, osoba pochodząca z obszarów wiejskich, były więźni, narkoman	Tak	<input type="checkbox"/>		
	Nie	<input type="checkbox"/>		
	Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/>		

Oświadczam, że dane podane w Formularzu danych są zgodne z prawdą.

Ja, niżej podpisana, jestem świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/-CZKI



**Fundusze
Europejskie**
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

