****

**FORMULARZ DANYCH DO CELÓW SPRAWOZDAWCZOŚCI**

**Przekazywane dane uczestników projektu „Kompetencje w ochronie zdrowia”**

**objęte są ochroną danych osobowych.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NAZWA** | **WYPEŁNIA UCZESTNIK PROJEKTU (proszę odpowiednio uzupełnić rubrykę lub właściwe zaznaczyć znakiem „x”)** | |
| **Dane uczestnika** |  | |
| Imię (imiona) |  | |
| Nazwisko |  | |
| PESEL |  | |
| Płeć | ° kobieta  ° mężczyzna | |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  | |
| Wykształcenie | **° wyższe**  **° policealne**  **° ponadgimnazjalne**  **° gimnazjalne**  **° podstawowe** | |
| **Dane kontaktowe** |  | |
| Kraj |  | |
| Województwo |  | |
| Powiat |  | |
| Gmina |  | |
| Miejscowość |  | |
| Ulica |  | |
| Nr budynku |  | |
| Nr lokalu |  | |
| Kod pocztowy |  | |
| Telefon kontaktowy |  | |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  | |
| **Szczegóły wsparcia** | | |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | ° Osoba pracująca | |
| ° Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | |
| ° Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | |
| ° Osoba bierna zawodowo | |
| Wykonywany zawód: |  | |
| Zatrudniony w: | **Nazwa i pełen adres pracodawcy:** | |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu**  **POUCZENIE**  **odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy celowej** | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | **Tak/ Nie/ Odmowa podania informacji** |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | **Tak/ Nie** |
| Osoba z niepełnosprawnościami | | **Tak/ Nie/ Odmowa podania informacji** |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) | | **Tak/ Nie/ Odmowa podania informacji** |

…………………………………………. …………………………………………….

Miejscowość i data Czytelny podpis