****

**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