*Załącznik nr 1 do Umowy Uczestnictwa w projekcie ,,Przepis na Zdrowie”*

**FORMULARZ DANYCH UCZESTNIKA PROJEKTU**

PROJEKT „Przepis na Zdrowie”

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dane Uczestnika  | 1 | Imię (imiona) |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | Płeć |  Kobieta Mężczyzna |
| 4 | PESEL | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ |
| 5 | Wykształcenie | Niższe niż podstawowe | ISCED I |  |
| Podstawowe | ISCED II |  |
| Gimnazjalne | ISCED II |  |
| Ponadgimnazjalne(liceum, technikum, szkoła zawodowa, również z maturą) | ISCED III |  |
| Policealne  | ISCED IV |  |
| Wyższe (studia I stopnia, studia II stopnia) | ISCED V |  |
| Dane kontaktowe*(adres zamieszkania)* | 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) |  |
| Dane dodatkowe | 16 | Status osoby na rynku pracy w chwili złożenia formularza rekrutacyjnego | Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | Tak |  |
| Nie |  |
| w tym: | osoba długotrwale bezrobotna |  |
| Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | Tak |  |
| Ni |  |
| Osoba bierna zawodowo | Tak |  |
| Nie |  |
| w tym: | osoba ucząca się |  |
| osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu |  |
| Dane dodatkowe | 16 | Status osoby na rynku pracy w chwili złożenia formularza rekrutacyjnego | Osoba pracująca | Tak |  |
| Nie |  |
| w tym: | osoba pracująca w administracji rządowej |  |
| osoba pracująca w administracji samorządowej |  |
| osoba pracująca w organizacji pozarządowej |  |
| osoba pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie (MMŚP) |  |
| osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie |  |
| osoba prowadząca działalność na własny rachunek |  |
| inne |  |
| Wykonywany zawód | Instruktor praktycznej nauki zawodu |  |
| Nauczyciel kształcenia ogólnego |  |
| Nauczyciel wychowania przedszkolnego |  |
| Nauczyciel kształcenia zawodowego |  |
| Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia |  |
| 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 |  |
| Zatrudniony w: (nazwa i adres) |  |
|  | 17 | Status osoby na rynku pracy w chwili złożenia formularza rekrutacyjnego | 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 |  |
| Nie |  |
| 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 więzień,
* narkoman
 | Tak |  |
| Nie |  |
| Odmowa podania informacji |  |

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

Ja, niżej podpisana, jestem świadoma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

miejscowość data podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu