



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

projekt „Samodzielnie w przyszłość”

nr projektu RPKP. 09.02.01-IZ.00-04-009/15

współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

| | |
|-----------------------------------|--|
| Data i godzina wpływu formularza: | |
|-----------------------------------|--|

| DANE UCZESTNIKA PROJEKTU - PROSIMY O WYPEŁNIENIE WYŁĄCZNIE BIAŁYCH PÓL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. Imię (imiona) i nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. PESEL | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 3. Data urodzenia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Miejsce urodzenia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Płeć | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna 6. Wiek | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Adres zamieszkania | Województwo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Powiat: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Gmina: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Miejscowość: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Obszar: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ulica: nr budynku: nr lokalu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Kod pocztowy: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Telefon kontaktowy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. E-mail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Wykształcenie | <input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Podstawowe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Gimnazjalne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Policealne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



| | |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) |
| | <input type="checkbox"/> Wyższe |
| | <input type="checkbox"/> W trakcie studiów w trybie zaocznym lub wieczorowym |
| 11. Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy (osoby pozostające bez pracy, gotowe do jej podjęcia i aktywnie poszukujące pracy, jednak nie zarejestrowane w urzędzie pracy) |
| | <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy |
| | <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym: oświadczam, że planuję wejście/powrót na rynek pracy oświadczam, że nie planuję wejścia/powrotu na rynek pracy |
| | <input type="checkbox"/> osoba pracująca, w tym: <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w MMŚP <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne |
| 12. Wykonywany zawód (jeśli dotyczy) | <input type="checkbox"/> 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"/> inny | |
| | Zatrudniony w |
| 13. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | a) osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA DANYCH <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| | b) osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| | c) osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| | d) osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| | |



| | |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>e) osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>f) osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione wyżej) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> |
| 14. Oświadczenie 1 | Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie moich danych osobowych obecnie i w przyszłości przez Polski Związek Niewidomych Okręg Kujawsko – Pomorski oraz organy administracji rządowej oraz samorządowej lub upoważnione przez nie instytucje (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. nr 101 z 2002 r. poz. 926 z późniejszymi zmianami) – w celach związanych z realizacją, monitoringiem, kontrolą i ewaluacją projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa. |
| 15. Oświadczenie 2 | Oświadczam, że jestem (można wybrać 1 lub 2 odpowiedzi): <input type="checkbox"/> osobą z orzeczoną lekkim stopniem niepełnosprawności <input type="checkbox"/> osobą z orzeczoną umiarkowanym stopniem niepełnosprawności <input type="checkbox"/> osobą z orzeczoną znacznym stopniem niepełnosprawności <input type="checkbox"/> osobą z niepełnosprawnością sprzężoną |
| 16. Data i miejsce wypełnienia formularza | |
| 17. Podpis | |