



FORMULARZ DANYCH UCZESTNIKA PROJEKTU (pola wypełnione kolorem szarym wypełnia Realizator projektu) WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE PISMEM DRUKOWANYM		
Realizator projektu	WOJEWÓDZKI URZĄD PRACY W SZCZECINIE	
Tytuł projektu	„ZACHODNIOPOMORSKIE MAŁE SKARBY”	
Nr projektu	RPZP.06.06.00-32-P001/18	
Czas trwania projektu	01.07.2018-31.08.2023	
I. Dane podstawowe Uczestnika projektu		
1	Kraj	<input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> inny, jaki?
2	Rodzaj Uczestnika	indywidualny
3	Imię (imiona)	
4	Nazwisko	
5	PESEL	
6	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
7	Wiek w chwili przystąpienia do projektu (ukończony rok życia)	
8	Wykształcenie (ukończona szkoła)	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0), <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1), <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2), <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) (licea, technika, zasadnicza szkoła zawodowa), <input type="checkbox"/> szkoły policealne (ISCED 4), <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8) (studia wyższe, podyplomowe, doktoranckie, kolegia nauczycielskie).
II. Miejsce zamieszkania/Dane kontaktowe		
9	Województwo	
10	Powiat	
11	Gmina	
12	Miejscowość	
13	Ulica	
14	Numer budynku	
15	Numer lokalu	
16	Kod pocztowy	
17	Obszar wg stopnia urbanizacji (klasyfikacja DEGURBA)	
18	Telefon kontaktowy	
19	Adres e-mail	



III. Szczegóły wsparcia oraz status Uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu		
20	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
21	Data zakończenia udziału w projekcie	
22	Status Uczestnika projektu	<p>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:</p> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna, <input type="checkbox"/> inne.
		<p>Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:</p> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna, <input type="checkbox"/> inne.
		<p>Osoba bierna zawodowo (przebywająca na urlopie wychowawczym, uczeń/student w trybie dziennym, emeryt, rencista), w tym:</p> <input type="checkbox"/> osoba ucząca się, <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne.
		<p>Osoba pracująca (przebywająca na urlopie macierzyńskim /lub rodzicielskim), w tym:</p> <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej, <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej, <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP, <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej, <input type="checkbox"/> osoba pracująca na własny rachunek, <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie, <input type="checkbox"/> inna.
		<p>Wykonywany zawód:</p> <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 wsparcia 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.
		<p>Zatrudniony w:</p> <p>(podaj nazwę i adres zakładu pracy)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
IV. Rodzaj przyznanego wsparcia		
23	Opieka nad dzieckiem do lat 3	



V. Inne informacje Uczestnika projektu	
24	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa informacji
25	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
26	Osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa informacji
27	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa informacji
28	Rodzic lub opiekun prawny dziecka w wieku do lat 3 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
29	Rodzic lub opiekun prawny dziecka z orzeczeniem o niepełnosprawności <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
30	Rodzic lub opiekun samotnie opiekujący się dzieckiem <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
VI. Oświadczenia	
Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią Regulaminu projektu „Zachodniopomorskie Małe Skarby” i akceptuję jego treść oraz zobowiązuję się do uczestnictwa w projekcie w zgodzie z jego treścią <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Oświadczam, że drugi rodzic/opiekun dziecka jest osobą aktywnie wykonującą pracę zarobkową zgodnie z definicją zawartą § 2 ust.1 pkt 5) „Regulaminu uczestnictwa w projekcie Zachodniopomorskie Małe Skarby” (nie obowiązuje w przypadku osoby samotnie wychowującej dziecko). <div style="text-align: right;">..... (data i czytelny podpis Uczestnika projektu)</div>	
Oświadczam, iż dziecko/dzieci od momentu złożenia Formularza rekrutacyjnego do momentu podpisania Umowy udziału w projekcie <input type="checkbox"/> nie było/nie były objęte opieką instytucjonalną w postaci żłobka, klubu dziecięcego, opiekuna dziennego <input type="checkbox"/> było/były objęte opieką instytucjonalną w postaci żłobka, klubu dziecięcego, opiekuna dziennego	
Oświadczam, iż nie korzystam ze wsparcia w postaci dofinansowania ze środków publicznych, służących do zapewnienia opieki nad dziećmi w wieku do lat 3, innych niż wsparcie oferowane w ramach przedmiotowego projektu (dotyczy dziecka/dzieci, na które przyznana jest refundacja) oraz refundacja kosztów opieki nad dzieckiem nie dotyczy miejsca w żłobku, klubie dziecięcym lub u opiekuna dziennego, które jest już finansowane ze środków EFS lub jest ono w okresie trwałości (po innym projekcie).	
Wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku, w tym zdjęć, filmów z przebiegu realizacji projektu wykorzystywanych w celach związanych z jego promocją i sprawozdawczością <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Data i czytelny podpis Uczestnika projektu	