



<b>FORMULARZ DANYCH UCZESTNIKA PROJEKTU</b> (pola zaznaczone kolorem szarym wypełnia Realizator) Wypełnić czytelnie pismem drukowanym		
Realizator projektu	<b>WOJEWÓDZKI URZĄD PRACY W SZCZECINIE</b>	
Tytuł projektu	<b>„ZACHODNIOPOMORSKIE MAŁE SKARBY”</b>	
Nr projektu	<b>RPZP.06.06.00-32-P001/18</b>	
Czas trwania projektu	<b>01.07.2018-31.12.2020</b>	
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 (DEGURBA)	
18	Telefon kontaktowy	



19	Adres e-mail	
<b>III. Szczegóły wsparcia oraz status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</b>		
20	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
21	Data zakończenia udziału w projekcie	
22	Status uczestnika projektu	<input type="checkbox"/> <b>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</b> , w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> <b>Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</b> , w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> <b>Osoba bierna zawodowo (przebywająca na urlopie wychowawczym, uczeń/student w trybie dziennym, emeryt, rencista)</b> , w tym: <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> <b>Osoba pracująca (przebywająca na urlopie macierzyńskim lub rodzicielskim)</b> , w tym: <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"/> inne <b>Wykonywany zawód</b> <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 <b>Zatrudniony w:</b> (podaj nazwę zakładu pracy) ..... .....
<b>IV. Rodzaj przyznanego wsparcia</b>		
23	Opieka nad dzieckiem do lat 3	
<b>V. Inne informacje Uczestnika projektu</b>		
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 przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących <input type="checkbox"/> tak, w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie
28	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
29	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa informacji
30	Rodzic lub opiekun prawny dziecka w wieku do lat 3 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
31	Rodzic lub opiekun prawny dziecka z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
32	Rodzic lub opiekun samotnie opiekujący się dzieckiem <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>VI. Oświadczenia</b>	
Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią Regulaminu projektu „Zachodniopomorskie Małe Skarby”, akceptuję jego treść i zobowiązuję się do uczestnictwa w projekcie w zgodzie z jego treścią <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
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 do lat 3 innych, niż wsparcie oferowane w ramach przedmiotowego projektu oraz refundacja kosztów opieki nad dzieckiem do lat 3, 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, czytelny podpis uczestnika projektu	
---	--