

**FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA PROJEKTU
pt. „MOOC ART.!”**

DANE PODSTAWOWE UCZESTNIKA PROJEKTU		
Imię		
Nazwisko		
Numer PESEL lub data urodzenia w przypadku braku nr pesel		
Płeć	<i>kobieta / mężczyzna*</i>	
Wykształcenie	<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) (<i>liceum, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, zasadnicza szkoła zawodowa</i>) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) (<i>szkoła policealna</i>) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8) (<i>w tym licencjackie</i>)	
DANE KONTAKTOWE		
Województwo	Powiat	Gmina
Miejscowość	Ulica	
Nr budynku	Nr lokalu	Kod pocztowy
Telefon kontaktowy	Adres e-mail	



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
„MOOC ART.!” POWR.03.01.00-00-W006/18

STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY w chwili przystąpienia do projektu		
OSBOBA BEZROBOTNA:	TAK / NIE*	<p>w tym:</p> <p><input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</p> <p><u>w tym:</u></p> <p><input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p> <p><input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</p> <p><u>w tym:</u></p> <p><input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p>
OSOBA BIERNIA ZAWODOWO (nie pracuje, nie jest zarejestrowany/-a w Powiatowym/Miejskim Urzędzie Pracy i nie poszukuje pracy, w tym STUDENT/KA)	TAK / NIE*	<p>w tym:</p> <p><input type="checkbox"/> osoba ucząca się</p> <p><input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p>
OSOBA PRACUJĄCA:	TAK / NIE*	<p>w tym osoba pracująca w:</p> <p><input type="checkbox"/> w administracji rządowej</p> <p><input type="checkbox"/> w administracji samorządowej</p> <p><input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej</p> <p><input type="checkbox"/> w MMŚP</p> <p><input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie</p> <p><input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p> <p>wykonywany zawód:</p> <p><input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia</p> <p><input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej</p> <p><input type="checkbox"/> rolnik</p> <p><input type="checkbox"/> inny</p> <p>zatrudniony w: (nazwa firmy)</p> <p>.....</p>

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
„MOOC ART.!” POWR.03.01.00-00-W006/18

STATUS UCZESTNIKA w chwili przystąpienia do projektu – informacje dodatkowe	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	TAK / NIE / ODMAWIAM ODPOWIEDZI*
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK / NIE*
Osoba z niepełnosprawnościami	TAK / NIE / ODMAWIAM ODPOWIEDZI*
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	TAK / NIE / ODMAWIAM ODPOWIEDZI*

Ponadto oświadczam, że zapoznałam/em się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa studentek/ów w kursie/ach e-learningowym/ch w ramach Projektu pt. „MOOC ART.!”* i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów.

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

miejsowość, data

czytelny podpis uczestnika/czki projektu

* Niepotrzebne skreślić