



Załącznik 3.1 do Umowy Wsparcia
„Przepis na rozwój - wsparcie osób dorosłych z obszaru województwa
łódzkiego”, nr FELD.08.11-IZ.00-0018/24-00

FORMULARZ OSOBOWY UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA

1	Imię (imiona)			
2	Nazwisko			
3	Płeć		<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
4	PESEL		- - - - -	
5	Wiek w chwili przystąpienia do Projektu			
6	Wykształcenie	Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0 -2)		<input type="checkbox"/>
		Ponadgimnazjalne (ISCED3) lub policealne (ISCED4)		<input type="checkbox"/>
		Wyższe (ISCED 5-8)		<input type="checkbox"/>
7	Kraj			
8	Województwo			
9	Powiat			
10	Gmina			
11	Miejscowość			
12	Kod pocztowy			
13	Telefon kontaktowy			
14	Adres e-mail			
	Status Uczestniczki/ Uczestnika	Obywatelstwo	Obywatelstwo polskie	<input type="checkbox"/>
			Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/>
			Obywatel państwa trzeciego	<input type="checkbox"/>



15	Projektu w chwili przystąpienia do Projektu			Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej	<input type="checkbox"/>
				Indywidualny	<input type="checkbox"/>
	Rodzaj Uczestniczki/Uczestnika			Pracownik lub przedstawiciel instytucji/ podmiotu	<input type="checkbox"/>
		Status osoby na rynku pracy w chwili przystępowania do Projektu	Osoba bezrobotna	Tak	<input type="checkbox"/>
				Nie	<input type="checkbox"/>
			W tym:	Osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/>
				Osoba bierna zawodowo	Tak
					Nie
				W tym:	Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
			Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie		<input type="checkbox"/>
					Inne
			Osoba pracująca	Tak	<input type="checkbox"/>
				Nie	<input type="checkbox"/>
			Osoba z niepełnosprawnością	Tak	<input type="checkbox"/>
				Nie	<input type="checkbox"/>
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Tak	<input type="checkbox"/>			
	Nie	<input type="checkbox"/>			

☐ Zostałem/Zostałam poinformowany/poinformowana o obowiązku przekazania danych (np. status na rynku pracy, udział w kształceniu lub szkoleniu oraz informacji na temat uzyskania kwalifikacji lub podniesienia kompetencji) do 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie oraz przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym.

☐ Oświadczam, że dane podane w Formularzu danych są zgodne z prawdą. Ja, niżej podpisana/podpisany, jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
data i podpis Uczestnika/Uczestniczki