



**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**

<b>1</b>	<b>Imię (imiona)</b>			
<b>2</b>	<b>Nazwisko</b>			
<b>3</b>	<b>Płeć</b>		<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
<b>4</b>	<b>PESEL</b>		-----	
<b>5</b>	<b>Wiek w chwili przystąpienia do Projektu</b>			
<b>6</b>	<b>Wykształcenie</b>	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"/>	
<b>7</b>	<b>Kraj</b>			
<b>8</b>	<b>Województwo</b>			
<b>9</b>	<b>Powiat</b>			
<b>10</b>	<b>Gmina</b>			
<b>11</b>	<b>Miejscowość</b>			
<b>12</b>	<b>Kod pocztowy</b>			
<b>13</b>	<b>Telefon kontaktowy</b>			
<b>14</b>	<b>Adres e-mail</b>			
	<b>Status Uczestniczki/ Uczestnika</b>	<b>Obywatelstwo</b>	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"/>
		Rodzaj Uczestniczki/Uczestnika		Indywidualny	<input type="checkbox"/>
				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	<input type="checkbox"/>
		W tym:		Nie	<input type="checkbox"/>
			Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/>
				Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie	Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie
		Inne			Inne
			Osoba pracująca		Tak
				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.



Fundusze Europejskie  
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



.....  
data i podpis Uczestnika/Uczestniczki