



Załącznik 2 do Umowy wsparcia
„Przepis na Rozwój – kwalifikacje dla podregionu żyrardowskiego”
nr FEMA.07.04-IP.02-02XN/24

FORMULARZ DANYCH 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 (ISCED 3)	<input type="checkbox"/>
		policealne (ISCED 4)	<input type="checkbox"/>
		Wyższe (ISCED 5-8)	<input type="checkbox"/>
7	Obszar zamieszkania wg. Stopnia urbanizacji DEGURBA	Miasto	<input type="checkbox"/>
		Małe miasto/ przedmieścia	<input type="checkbox"/>
		Obszar wiejski	<input type="checkbox"/>
8	Kraj		
9	Województwo		
10	Powiat		
11	Gmina		
12	Miejscowość		
13	Kod pocztowy		
14	Telefon Kontaktowy		
15	Adres E-mail		



16	Status Uczestniczki/ Uczestnika Projektu w chwili przystąpienia do Projektu	Obywatelstwo	Brak polskiego obywatelstwa - obywatel kraju UE		<input type="checkbox"/>	
			Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpieczeństwa		<input type="checkbox"/>	
			Obywatelstwo polskie		<input type="checkbox"/>	
		Rodzaj Uczestniczki/Uczestnika	Indywidualny		<input type="checkbox"/>	
		Osoba obcego pochodzenia	Tak		<input type="checkbox"/>	
			Nie		<input type="checkbox"/>	
		Osoba państwa trzeciego	Tak		<input type="checkbox"/>	
			Nie		<input type="checkbox"/>	
		Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	Tak		<input type="checkbox"/>	
			Nie		<input type="checkbox"/>	
			Odmowa podania informacji		<input type="checkbox"/>	
		Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Tak		<input type="checkbox"/>	
			Nie		<input type="checkbox"/>	
		Osoba z niepełnosprawnościami	Tak		<input type="checkbox"/>	
			Nie		<input type="checkbox"/>	
			Odmowa podania informacji		<input type="checkbox"/>	
			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"/>	
			Nie		<input type="checkbox"/>	
	W tym:	Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu		<input type="checkbox"/>		



		Status osoby na rynku pracy w chwili przystępowa nia do Projektu		Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie	<input type="checkbox"/>
				Inne	<input type="checkbox"/>
			Osoba pracująca	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 Uczestniczki/Uczestnika