

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU  
 „KIERUNEK OUTPLACEMENT – WSPOMAGANIE PROCESÓW ADAPTACJI DO ZMIAN NA  
 RYBNICKIM RYNKU PRACY”**

<b>DANE UCZESTNIKA/CZKI</b>			
IMIĘ I NAZWISKO			
PESEL			
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> <b>KOBIETA</b>	<input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA	
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE	<input type="checkbox"/> PODSTAWOWE	<input type="checkbox"/> POLICEALNE
	<input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE	<input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE	<input type="checkbox"/> WYŻSZE
<b>DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA/CZKI</b>			
POWIAT, GMINA, MIEJSCOWOŚĆ			
ULICA, NR BUDYNKU/LOKALU			
KOD POCZTOWY			
OBSZAR WG STOPNIA URBANIZACJI (DEGURBA)	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>2</b>	<input type="checkbox"/> <b>3</b>
TELEFON KONTAKTOWY/ ADRES E-MAIL:			
<b>SZCZEGÓŁY I RODZAJ WSPARCIA</b>			
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	<input type="checkbox"/> <b>OSOBA BEZROBOTNA</b>	<input type="checkbox"/> <b>OSOBA ZWOLNIONA Z PRZYCZYŃ NIEDOTYCZĄCYCH PRACOWNIKA</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>OSOBA ODCHODZĄCA Z ROLNICTWA</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>BYŁY PRACOWNIK JEDNOSTEK ORG. SPÓŁEK WĘGLOWYCH Z TERENU WOJ. ŚLĄSKIEGO ORAZ PRZEDSIĘBIORSTW Z TERENÓW WOJ. ŚLĄSKIEGO Z NIMI POWIĄZANYCH</b>		
OFEROWANE WSPARCIE	<input type="checkbox"/> <b>INDYWIDUALNY PLAN DZIAŁANIA</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>STAŻ</b>	<input type="checkbox"/> <b>PORADNICTWO ZAWODOWE</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>SZKOLENIE</b>	<input type="checkbox"/> <b>POŚREDNICTWO PRACY</b>	
<input type="checkbox"/> <b>PRACE INTERWENCYJNE</b>			
<b>STATUS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b>			
JESTEM OSOBĄ NALEŻĄCĄ DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANTEM, OSOBĄ OBCEGO POCHODZENIA*			
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
JESTEM OSOBĄ BEZDOMNĄ LUB DOTKNIĘTĄ WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ			
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
JESTEM OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI*			
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
JESTEM OSOBĄ BĘDĄCĄ W INNEJ, NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (INNEJ NIŻ WYŻEJ WYMIENIONE)*			
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			

*Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.*