



**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU  
„Z POWER-EM DO PRACY – RYBNICKI PROJEKT AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ OSÓB MŁODYCH”**

DANE UCZESTNIKA/CZKI			
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
DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA/CZKI			
POWIAT, GMINA, MIEJSCOWOŚĆ			
ULICA, NR BUDYNKU/LOKALU			
KOD POCZTOWY			
OBSZAR WG STOPNIA URBANIZACJI (DEGURBA)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
TELEFON KONTAKTOWY/ ADRES E-MAIL:			
SZCZEGÓŁY I RODZAJ WSPARCIA			
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	<input type="checkbox"/> OSOBA BEZROBOTNA	<input type="checkbox"/> OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA	
	<input type="checkbox"/> OSOBA Z KATEGORII NEET	<input type="checkbox"/> OSOBA ODCHODZĄCA Z ROLNICTWA	
	<input type="checkbox"/> IMIGRANT	<input type="checkbox"/> OSOBA, KTÓRA UTRACIŁA ZATRUDNIENIE/PRACĘ/ZAMKNEŁA DZIAŁALNOŚĆ GOSP. PO 1 MARCA 2020 R.	
	<input type="checkbox"/> REEMIGRANT		
	<input type="checkbox"/> BYŁY UCZESTNIK PROJEKTU Z ZAKRESU WŁĄCZENIA SPOŁECZNEGO REALIZOWANEGO W RAMACH CELU TEMATYCZNEGO 9 W RPO		
OFEROWANE WSPARCIE	<input type="checkbox"/> INDYWIDUALNY PLAN DZIAŁANIA		
	<input type="checkbox"/> POŚREDNICTWO PRACY	<input type="checkbox"/> PORADNICTWO ZAWODOWE	
	<input type="checkbox"/> PRACE INTERWENCYJNE	<input type="checkbox"/> BON ZATRUDNIENIOWY	
STATUS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
JESTEM OSOBA NALEŻĄCĄ DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANTEM, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA*			
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
JESTEM OSOBA BEZDOMNĄ LUB DOTKNIĘTĄ WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ			
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
JESTEM OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI*			
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
JESTEM OSOBA 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.*