

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU

| | | | |
|---|--|---|--|
| TYTUŁ PROJEKTU | | AKTYWIZACJA OSÓB BEZROBOTNYCH ZAREJESTROWANYCH W POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY W RYBNIKU (I) | |
| DANE UCZESTNIKA | | | |
| OBYWATELSTWO | | | |
| IMIĘ I NAZWISKO | | | |
| PESEL | | | |
| PŁEĆ | | <input type="checkbox"/> KOBIEȚA | <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŹNA |
| WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU | | <input type="checkbox"/> OSOBA BEZROBOTNA W WIEKU 18-29 | <input type="checkbox"/> OSOBA BEZROBOTNA W WIEKU 55 LAT I WIĘCEJ |
| WYKSZTAŁCENIE | | <input type="checkbox"/> ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0-2) | <input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) / POLICEALNE (ISCED 4) |
| | | <input type="checkbox"/> WYŻSZE (ISCED 5-8) | |
| DANE TELEADRESOWE | | | |
| POWIAT, GMINA, MIEJSCOWOŚĆ | | | |
| ULICA, NR BUDYNKU/LOKALU | | | |
| KOD POCZTOWY | | | |
| OBSZAR WG STOPNIA URBANIZACJI (DEGURBA) | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| TELEFON KONTAKTOWY/ ADRES E-MAIL | | | |
| <input type="checkbox"/> 3 | | | |
| 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 | |
| OFEROWANE WSPARCIE | | | |
| <input type="checkbox"/> POŚREDNICTWO PRACY | | <input type="checkbox"/> PORADNICTWO ZAWODOWE | |
| <input type="checkbox"/> STAŻ | | <input type="checkbox"/> SZKOLENIE | |
| <input type="checkbox"/> PRACE INTERWENCYJNE | | <input type="checkbox"/> DOTACJA NA ROZPOCZĘCIE DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ | |
| <input type="checkbox"/> DOPOSAŻENIE STANOWISKA PRACY | | | |
| STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU | | | |
| <input type="checkbox"/> OSOBA Z KAT. NEET | | <input type="checkbox"/> OSOBA OBCEGO POCHODZENIA* | |
| <input type="checkbox"/> OSOBA OPUSZCZAJĄCA PIECZĘ ZASTĘPCZĄ | | <input type="checkbox"/> OSOBA PAŃSTWA TRZECIEGO* | |
| <input type="checkbox"/> OSOBA SAMOTNIE WYCHOWUJĄCA DZIECKO | | <input type="checkbox"/> OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ/ETNICZNEJ* | |
| <input type="checkbox"/> OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA* | | <input type="checkbox"/> OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ | |

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

.....
Data i podpis uczestnika projektu