|  |
| --- |
| KWESTIONARIUSZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU |
| TYTUŁ PROJEKTU | **ROZWÓJ POTENCJAŁU ZAWODOWEGO KADR W POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY W RYBNIKU.** **TYP 1: WSPARCIE DLA INSTYTUCJI RYNKU PRACY** |
| DANE UCZESTNIKA |
| OBYWATELSTWO |  |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| PESEL |  |
| WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU |  |
| PŁEĆ | 🗆 kobieta | 🗆 mężczyzna |
| WYKSZTAŁCENIE | 🗆 co najwyżej średnie i stopnia (isced 0-2) | 🗆 średnie ii stopnia (isced 3) / policealne (isced 4) | 🗆 wyższe (isced 5-8) |
| MIEJSCE ZATRUDNIENIA |  |
| DANE TELEADRESOWE |
| POWIAT, GMINA, MIEJSCOWOŚĆ |  |
| ULICA, NR BUDYNKU/LOKALU |   |
| KOD POCZTOWY |  |
| OBSZAR WG STOPNIA URBANIZACJI (DEGURBA) | 🗆 1 | 🗆 2 | 🗆 3 |
| TELEFON KONTAKTOWY/ ADRES E-MAIL |  |
| SZCZEGÓŁY I RODZAJ WSPARCIA |
| OFEROWANE WSPARCIE |
| 🗆 szkolenie | 🗆 studia podyplomowe |
| temat szkolenia: | kierunek studiów podyplomowych: |
|  |  |
| STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU  |
| 🗆 osoba pracująca/prowadząca działalność gospodarczą na własny rachunek | 🗆 osoba z niepełnosprawnościami\* |
| 🗆 osoba będąca pracownikiem instytucji rynku pracy | 🗆 osoba obcego pochodzenia\* |
| 🗆 osoba z krajów trzecich\*  |
| 🗆 osoba nieposiadająca potwierdzonych kwalifikacji/kompetencji zawodowych | 🗆 osoba należąca do mniejszości narodowej/ etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)\* |
| 🗆 kobiety powracające do pracy po przerwie spowodowanej macierzyństwem i opieką nad dzieckiem | 🗆 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*  |

*\* dane wrażliwe*