

**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	<input type="checkbox"/> KOBIEТА	<input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA	
WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> CO NAJWYŻEJ ŚREDNIE I STOPNIA (ISCED 0-2)	<input type="checkbox"/> ŚREDNIE II STOPNIA (ISCED 3) / POLICEALNE (ISCED 4)	<input type="checkbox"/> WYŻSZE (ISCED 5-8)
MIEJSCE ZATRUDNIENIA			

DANE TELEADRESOWE

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**OFEROWANE WSPARCIE**

<input type="checkbox"/> SZKOLENIE	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE
TEMAT SZKOLENIA:	KIERUNEK STUDIÓW PODYPLOMOWYCH:

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

<input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA/PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ NA WŁASNY RACHUNEK	<input type="checkbox"/> OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI*
<input type="checkbox"/> OSOBA BĘDĄCA PRACOWNIKIEM INSTYTUCJI RYNKU PRACY	<input type="checkbox"/> OSOBA OBCEGO POCHODZENIA*
<input type="checkbox"/> OSOBA NIEPOSIADAJĄCA POTWIERDZONYCH KWALIFIKACJI/KOMPETENCJI ZAWODOWYCH	<input type="checkbox"/> OSOBA Z KRAJÓW TRZECICH*
<input type="checkbox"/> KOBIETY POWRACAJĄCE DO PRACY PO PRZERWIE SPOWODOWANEJ MACIERZYŃSTWEM I OPIEKĄ NAD DZIECKIEM	<input type="checkbox"/> OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ/ ETNICZNEJ (W TYM SPOŁECZNOŚCI MARGINALIZOWANE)*
	<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

* dane wrażliwe