



Formularz zgłoszeniowy uczestnika Projektu

Dane wspólne

Lp.	Nazwa
1	Tytuł Projektu: Zdobądź nowe kwalifikacje
2	Nr Projektu RPMA.10.03.04-14-6391/16
3	Priorytet Inwestycyjny, w ramach którego jest realizowany Projekt: X Edukacja dla rozwoju regionu
4	Działanie, w ramach którego jest realizowany Projekt: 10.3 Doskonalenie zawodowe
5	Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany Projekt: 10.3.4 Kształcenie oraz doskonalenie zawodowe osób dorosłych

Dane uczestnika projektu, który otrzymuje wsparcie w ramach EFS

Dane uczestnika	1	Imię (Imiona)		
	2	Nazwisko		
	3	Płeć	K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
	4	Wiek w chwili przystępowania do projektu		
	5	PESEL		
	6	Wykształcenie	podstawowe	<input type="checkbox"/>
			gimnazjalne	<input type="checkbox"/>
			ponadgimnazjalne, zawodowe, średnie	<input type="checkbox"/>
policealne, pomaturalne			<input type="checkbox"/>	
wyższe			<input type="checkbox"/>	
7	Wyuczony zawód			
8	Posiadanie dodatkowych, aktualnych kwalifikacji zawodowych, jakich			
Dane kontaktowe	9	Ulica		
	10	Nr domu		
	11	Nr lokalu		
	12	Miejscowość		
	13	Kod pocztowy		
	14	Województwo		
	15	Powiat		
	16	Telefon kontaktowy		
	17	Adres poczty elektronicznej (e-mail)		

Dane dodatkowe	18	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	pracujący/a <input type="checkbox"/>
			bezrobotny/a, <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotny/a <input type="checkbox"/>
			nieaktywny/a zawodowo, <input type="checkbox"/> w tym uczący/a się <input type="checkbox"/>
	19	Zatrudniony (nazwa instytucji, adres zatrudnienia)	
	20	Wykonywany zawód	
	21	Zagrożenie utratą pracy	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
	22	Przynależność do mniejszości narodowej/etnicznej	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	23	Posiadanie statusu imigranta	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	24	Posiadanie statusu osoby niepełnosprawnej	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	25	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	26	W tym: gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	27	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	28	Osoba korzystająca z pomocy społecznej	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
29	Osoba korzystająca z PO PŻ	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	

Deklaruję chęć uczestnictwa w kursie: prawa jazdy kat. C / florystycznym / stolarskim / fryzjerskim / podstaw rachunkowości*

*proszę zaznaczyć właściwy wybór

Jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, wynikającej z art. 297 § 1 i 2 Kodeksu karnego

.....
czytelny podpis uczestnika projektu