*Załącznik nr 1 do Umowy Uczestnictwa w projekcie ,,Przepis na Zdrowie”*

**FORMULARZ DANYCH UCZESTNIKA PROJEKTU**

PROJEKT „Przepis na Zdrowie”

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dane Uczestnika | 1 | Imię (imiona) | |  | | | |
| 2 | Nazwisko | |  | | | |
| 3 | Płeć | | Kobieta Mężczyzna | | | |
| 4 | PESEL | | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | |
| 5 | Wykształcenie | | Niższe niż podstawowe | | ISCED I |  |
| Podstawowe | | ISCED II |  |
| Gimnazjalne | | ISCED II |  |
| Ponadgimnazjalne  (liceum, technikum, szkoła zawodowa, również z maturą) | | ISCED III |  |
| Policealne | | ISCED IV |  |
| Wyższe (studia I stopnia, studia II stopnia) | | ISCED V |  |
| Dane kontaktowe  *(adres zamieszkania)* | 6 | Ulica | |  | | | |
| 7 | Nr domu | |  | | | |
| 8 | Nr lokalu | |  | | | |
| 9 | Miejscowość | |  | | | |
| 10 | Kod pocztowy | |  | | | |
| 11 | Województwo | |  | | | |
| 12 | Powiat | |  | | | |
| 13 | Gmina | |  | | | |
| 14 | Telefon kontaktowy | |  | | | |
| 15 | Adres poczty elektronicznej (e-mail) | |  | | | |
| Dane dodatkowe | 16 | Status osoby na rynku pracy w chwili złożenia formularza rekrutacyjnego | Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | Tak | | |  |
| Nie | | |  |
| w tym: | osoba długotrwale bezrobotna | | |  |
| Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | Tak | | |  |
| Ni | | |  |
| Osoba bierna zawodowo | Tak | | |  |
| Nie | | |  |
| w tym: | osoba ucząca się | | |  |
| osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | | |  |
| Dane dodatkowe | 16 | Status osoby na rynku pracy w chwili złożenia formularza rekrutacyjnego | Osoba pracująca | | Tak | |  |
| Nie | |  |
| w tym: | | osoba pracująca w administracji rządowej | |  |
| osoba pracująca w administracji samorządowej | |  |
| osoba pracująca w organizacji pozarządowej | |  |
| osoba pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie (MMŚP) | |  |
| osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie | |  |
| osoba prowadząca działalność na własny rachunek | |  |
| inne | |  |
| Wykonywany zawód | | Instruktor praktycznej nauki zawodu | |  |
| Nauczyciel kształcenia ogólnego | |  |
| Nauczyciel wychowania przedszkolnego | |  |
| Nauczyciel kształcenia zawodowego | |  |
| Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia | |  |
| Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej | |  |
| Pracownik instytucji rynku pracy | |  |
| Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego | |  |
| Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej | |  |
| Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej | |  |
| Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej | |  |
| Rolnik | |  |
| Inny | |  |
| Zatrudniony w: (nazwa i adres) | |  | | |
|  | 17 | Status osoby na rynku pracy w chwili złożenia formularza rekrutacyjnego | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | Tak | |  |
| Nie | |  |
| Odmowa podania informacji | |  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | Tak | |  |
| Nie | |  |
| Osoba z niepełnosprawnościami | | Tak | |  |
| Nie | |  |
| Nie | |  |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) - osoba z wykształceniem niższym niż podstawowe,   * osoba bezdomna, * osoba wykluczona z dostępu do mieszkań, * osoba pochodząca z obszarów wiejskich, * były więzień, * narkoman | | Tak | |  |
| Nie | |  |
| Odmowa podania informacji | |  |

Oświadczam, że dane podane w Formularzu danych są zgodne z prawdą.

Ja, niżej podpisana, jestem świadoma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

miejscowość data podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu