

**ANKIETA UCZESTNIKA PROJEKTU**

Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania SL2014

DANE UCZESTNIKA

KRAJ											
NAZWISKO											
IMIĘ											
PESEL											
PŁEĆ	Kobieta <input type="checkbox"/>					Mężczyzna <input type="checkbox"/>					
WIEK w chwili przystąpienia do projektu											
WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE <input type="checkbox"/> PODSTAWOWE <input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE <input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE <input type="checkbox"/> POLICEALNE <input type="checkbox"/> WYŻSZE										

DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA PROJEKTU

WOJEWÓDZTWO			
POWIAT			
GMINA			
MIEJSCOWOŚĆ			
ULICA			
NR BUDYNKU		NR LOKALU	
KOD POCZTOWY			
TELEFON KONTAKTOWY			
ADRES E-MAIL			

SZCZEGÓŁY WSPARCIA

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
<input type="checkbox"/>	OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY w tym: <input type="checkbox"/> OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA <input type="checkbox"/> INNE
<input type="checkbox"/>	OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY w tym: <input type="checkbox"/> OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA <input type="checkbox"/> INNE



<input type="checkbox"/>	OSOBA BIERNA ZAWODOWO w tym:
<input type="checkbox"/>	OSOBA UCZĄCA SIĘ
<input type="checkbox"/>	OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB UCZENIU SIĘ
<input type="checkbox"/>	INNE
<input type="checkbox"/>	OSOBA PRACUJĄCA w tym:
<input type="checkbox"/>	OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ
<input type="checkbox"/>	OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ
<input type="checkbox"/>	OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP(MIKRO, MAŁE, ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWA)
<input type="checkbox"/>	OSOBA PRACUJĄCA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ
<input type="checkbox"/>	OSOBA POWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK
<input type="checkbox"/>	OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE
<input type="checkbox"/>	INNE
<input type="checkbox"/>	WYKONYWANY ZAWÓD (wypełnia osoba pracująca)
<input type="checkbox"/>	INSTRUKTOR PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU
<input type="checkbox"/>	NAUCZYCIEL KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO
<input type="checkbox"/>	NAUCZYCIEL WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO
<input type="checkbox"/>	NAUCZYCIEL KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO
<input type="checkbox"/>	PRACOWNIK INSTYTUCJI SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA
<input type="checkbox"/>	KLUCZOWY PRACOWNIK INSTYTUCJI POMOCY I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ
<input type="checkbox"/>	PRACOWNIK INSTYTUCJI RYNKU PRACY
<input type="checkbox"/>	PRACOWNIK INSTYTUCJI SZKOLNICTWA WYŻSZEGO
<input type="checkbox"/>	PRACOWNIK INSTYTUCJI WSPIERANIA RODZINY I PIECZY ZASTĘPCZEJ
<input type="checkbox"/>	PRACOWNIK OŚRODKA WSPARCIA EKONOMII SPOŁECZNEJ
<input type="checkbox"/>	PRACOWNIK PORADNI PSYCHOLOGICZNO - PEDAGOGICZNEJ
<input type="checkbox"/>	ROLNIK
<input type="checkbox"/>	INNY
ZATRUDNIONY W (miejsce zatrudnienia):	

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA	
<input type="checkbox"/>	NIE
<input type="checkbox"/>	TAK
<input type="checkbox"/>	ODMOWA PODANIA INFORMACJI
OSOBA BEZDOMNA LUB OBJĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ	
<input type="checkbox"/>	NIE
<input type="checkbox"/>	TAK
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	
<input type="checkbox"/>	NIE
<input type="checkbox"/>	TAK
<input type="checkbox"/>	ODMOWA PODANIA INFORMACJI

.....
(miejscowość, data).....
Podpis uczestnika projektu