**Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania**

|  |
| --- |
|  **DANE UCZESTNIKA**  |
| RODZAJ UCZESTNIKA | indywidualny |
| **IMIĘ** |  |
| **NAZWISKO** |  |
| **PESEL** |  |
| **W przypadku braku numeru Pesel zaznacz NIE** | Tak/Nie |
| **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** |  |
| **PŁEĆ** | Kobieta/Mężczyzna |
| **WYKSZTAŁCENIE** | □ niższe niż podstawowe□ podstawowe□ gimnazjalne□ ponadgimnazjalne□ policealne□ wyższe |
| **DANE KONTAKTOWE** |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** |
| □ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | **□** osoba długotrwale bezrobotna**□** inne |
| □ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | **□** osoba długotrwale bezrobotna**□** inne |
| □ osoba bierna zawodowo | □ osoba ucząca się□ osoba nieuczestnicząca w kształceniu/szkoleniu□ inne |
| □ osoba pracująca | □ osoba pracująca w administracji rządowej□ osoba pracująca w administracji samorządowej□ osoba pracująca w MMŚP□ osoba pracująca w organizacji pozarządowej□ osoba prowadząca działalność na własny rachunek□ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie□ inne |
| **WYKONYWANY ZAWÓD** |
| □ instruktor praktycznej nauki zawodu□ nauczyciel kształcenia ogólnego□ nauczyciel wychowania przedszkolnego□ nauczyciel kształcenia zawodowego□ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia□ kluczowy prac. instytucji pomocy i integracji sp.□ rolnik□ inny | □ 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 |
| **STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** |
| 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□ Odmowa podania informacji |
| Osoba żyjąca w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | □ Tak□ Nie□ Odmowa podania informacji |

 …………………………………………… …..………………………………………

Data i miejsce Czytelny podpis