

ANKIETA ZGŁOSZENIOWA DO PROJEKTU

„Skuteczna pomoc”

Informacje ogólne												
Nazwisko			Imię/imiona									
Data urodzenia			PESEL									
Miejsce urodzenia			Wiek w chwili przystąpienia do projektu									
Płeć		K		M	Adres e-mail							
Tel. stacjonarny			Tel. komórkowy									
Adres i nazwa placówki, której jestem wychowankiem/-ką lub podopiecznym/-ą												
Nazwa												
Ulica			nr domu			nr lokalu						
Kod pocztowy		miejsowość			gmina							
Powiat		województwo			kraj							
Adres do kontaktu (uzupełnić, jeśli jest inny niż zamieszkania)												
Ulica			nr domu			nr lokalu						
Kod pocztowy		miejsowość			gmina							
Powiat		województwo			kraj							
Wykształcenie (zaznaczyć właściwe)		niższe niż podstawowe										
		podstawowe										
		gimnazjalne										
		ponadgminazjalne										
		policealne										
		wyższe										
Zawód (jeśli dotyczy):				Miejsce zatrudnienia (jeśli dotyczy):				Miejsce pracy (jeśli dotyczy):				
.....							
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu												
Jestem osobą bierną zawodowo, w tym:												
<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu i szkoleniu <input type="checkbox"/> inne												
Informacje dodatkowe:												

Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Jestem migrantem lub osobą obcego pochodzenia lub przynależę do mniejszości narodowej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Jestem osobą niepełnosprawną	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (przebywam w placówce opiekuńczo-wychowawczej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Jestem osobą wielokrotnie wykluczoną	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Jestem osobą korzystającą z Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Mieszkam na obszarze rewitalizowanym	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Pochodzenie etniczne: (wypełnić, jeśli dotyczy)	
Stan zdrowia:	

Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem uczestnictwa w projekcie i zobowiązuję się do jego przestrzegania oraz wypełniania zobowiązań wynikających z faktu przystąpienia do projektu.

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

.....
CZYTELNY PODPIS
OPIEKUNA PRAWNEGO / DYREKTORA PLACÓWKI
W PRZYPADKU OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ

Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego