**FORMULARZ UCZESTNIKA PROJEKTU**

**DANE OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W PROJEKCIE**

**Imię i Nazwisko**.……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**NR PESEL**:

**Wykształcenie**:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Niższe niż podstawowe

Podstawowe

Gimnazjalne

Ponadgimnazjalne

Policealne

Wyższe

**Dane kontaktowe**:

E-mail: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nr telefonu:

**Adres zamieszkania:** …………………………………………………………………………………………………………………………….

**Obecny status na rynku pracy (jedna z 4 odpowiedzi**:

1. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy:

w tym:

* osoba długotrwale bezrobotna
* inne

2. Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy:

w tym:

* osoba długotrwale bezrobotna
* inne

3. Osoba bierna zawodowo:

w tym:

* inne
* osoba ucząca się

(proszę podać planowaną datę zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia ……………………………….)

* osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu

4. Osoba pracująca w:

* administracji rządowej
* administracji samorządowej
* inne
* MMŚP
* organizacji pozarządowej
* prowadząca działalność na własny rachunek
* dużym przedsiębiorstwie

**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/a w**: …………………………………………………………………………………………………………………………………

*Nazwa przedsiębiorstwa/organizacji/instytucji*

**Prosimy i zaznaczenie czy należy Pan/Pani do jednej z niżej wymienionych grup:**

1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:

|  |  |
| --- | --- |
| TAK |  |
| NIE |  |
| ODMOWA PODANIA INFORMACJI |  |

2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:

|  |  |
| --- | --- |
| TAK |  |
| NIE |  |

3. Osoba z niepełnosprawnościami:

|  |  |
| --- | --- |
| TAK |  |
| NIE |  |
| ODMOWA PODANIA INFORMACJI |  |

 4. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)

|  |  |
| --- | --- |
| TAK |  |
| NIE |  |
| ODMOWA PODANIA INFORMACJI |  |

……………………….…………………………………………..

Data, Podpis

**Informacje wypełniane w ostatnim dniu wsparcia**

* Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie: (min. 1, max. 2 odpowiedzi)
1. Inne
2. Osoba kontynuuje zatrudnienie
3. Osoba nabyła kompetencje
4. Osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie
5. Osoba podjęła kształcenie lub szkolenie
6. Osoba podjęła pracę/rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek
7. Osoba poszukująca pracy
8. Osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/wychowaniem dziecka
9. Osoba pracująca/prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem/wychowaniem dziecka
10. Osoba uzyskała kwalifikacje
11. Sytuacja w trakcie monitorowania
* Czy osoba zakończyła udział zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa:

|  |  |
| --- | --- |
| TAK | NIE |
|  |  |