



Załącznik nr 1 *Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa
w projekcie „Nauka moją szansą”*

FORMULARZ DANYCH UCZESTNIKA PROJEKTU „NAUKA MOJĄ SZANSĄ”

Pola poszarzone wypełnia Biuro Projektu

Dokument należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami
(w przypadku ucznia – przez rodzica/opiekuna prawnego)

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU	
Obywatelstwo	
Rodzaj uczestnika	<input type="checkbox"/> indywidualny (uczeń) <input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji/ podmiotu (nauczyciel)
Imię/imiona	
Nazwisko	
PESEL/ w przypadku braku seria i nr dowodu osobistego lub paszportu	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji/ podmiotu (nauczyciel)
Wiek w chwili przystępowania do projektu	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> przedszkolne (ISCED 0) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)
Doświadczenie zawodowe w latach (dotyczy nauczycieli)	
DANE TELADRESOWE	
Kraj	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Kod pocztowy	



Ulica	
Nr domu	
Nr mieszkania	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:	
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba państwa trzeciego (osoba, która nie jest obywatelem państwa członkowskiego UE lub osoba będąca bezpaństwowcem w rozumieniu Konwencji o statusie bezpaństwowców z dnia 28 sierpnia 1954 r. lub osoba bez ustalonego obywatelstwa)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym Społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

SZCZEGÓŁY WSPARCIA	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Data zakończenia udziału w projekcie	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba pracująca <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna lub zagrożona wykluczeniem społecznym
Sytuacja po zakończeniu udziału w projekcie	<input type="checkbox"/> osoba podjęła pracę/rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba podjęła kształcenie lub szkolenie <input type="checkbox"/> osoba uzyskała kwalifikacje <input type="checkbox"/> osoba nabyła kompetencje <input type="checkbox"/> osoba kontynuuje kształcenie <input type="checkbox"/> osoba kontynuuje zatrudnienie <input type="checkbox"/> osoba pracująca/prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem/wychowaniem dziecka



	<input type="checkbox"/> osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/wychowaniem dziecka <input type="checkbox"/> osoba poszukuje pracy <input type="checkbox"/> osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie <input type="checkbox"/> sytuacja w trakcie monitorowania <input type="checkbox"/> sytuacja społeczna osoby uległa poprawie <input type="checkbox"/> inne
Zakończenie udziału w projekcie zgodnie z zaplanowaną ścieżką uczestnictwa	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Specjalne potrzeby Uczestnika/Uczestniczki:

dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową?

Jeśli TAK, proszę opisać jakie:

.....

.....

zapewnienie tłumacza języka migowego?

zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką?

zapewnienie pętli indukcyjnej?

inne

.....

.....

.....
data i czytelny podpis osoby składającej formularz