



**FORMULARZ UCZESTNIKA PROJEKTU**

<b>I. Dane osobowe Uczestnika Projektu</b> (proszę wypełnić lub zaznaczyć X w kratce <input type="checkbox"/> w odpowiednim miejscu):			
Imię / Imiona			
Nazwisko			
PESEL			

<b>II. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu</b> (proszę zaznaczyć X w kratce <input type="checkbox"/> w odpowiednim miejscu):	
Jestem osobą nieaktywną zawodowo dłużej niż 12 miesięcy lub 6 miesięcy w przypadku osób do 25. r.ż, niezarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą nieaktywną zawodowo krócej niż 12 miesięcy lub 6 miesięcy w przypadku osób do 25. r.ż, niezarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy dłużej niż 12 miesięcy lub 6 miesięcy w przypadku osób do 25. r.ż	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy krócej niż 12 miesięcy lub 6 miesięcy w przypadku osób do 25. r.ż	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą bierną zawodową (studentką/studentem, osobą na urlopie wychowawczym)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą uczącą się	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Przerwałem/Przerwałam naukę	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą pracującą	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie



**Proszę uzupełnić, jeśli jest Pan/Pani osobą aktywną zawodową (pracującą):**

jestem osobą pracującą, zatrudnioną w (nazwa zakładu pracy):  
.....

**Rodzaj przedsiębiorstwa (proszę zaznaczyć właściwe):**

- administracja rządowa
- administracja samorządowa
- inne
- MMŚP: mikroprzedsiębiorstwo/małe przedsiębiorstwo/średnie przedsiębiorstwo
- organizacja pozarządowa
- prowadzę działalność na własny rachunek
- duże przedsiębiorstwo

**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, .....

**III. Dane dodatkowe**

(proszę zaznaczyć X w kratce  w odpowiednim miejscu):

Jestem osobą z niepełnosprawnością

Tak     Nie     Odmowa podania informacji

**IV. Oświadczenia Uczestnika /Uczestniczki Projektu**

Oświadczam, że:

- a) podane przeze mnie dane są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym. O wszelkich zmianach, w szczególności o zmianie danych teleadresowych, niezwłocznie poinformuję Organizatora Projektu.
- b) zostałem/am pouczone/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
- c) zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu Projektu „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży Warszawa-Wola” ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis Uczestnika/Opiekuna prawnego)