



DANE UCZESTNIKA

Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Miejsce urodzenia:	
Wiek w chwili przystąpienia do projektu:	
Obywatelstwo:	
Oddział NFZ:	

Wykształcenie(*proszę zaznaczyć X*):

<input type="checkbox"/>	gimnazjalne (ISCED 2)	<input type="checkbox"/>	niższe niż podstawowe (ISCED 0)	<input type="checkbox"/>	podstawowe (ISCED 1)
<input type="checkbox"/>	policealne (ISCED 4)	<input type="checkbox"/>	ponadgimnazjalne (ISCED 3)	<input type="checkbox"/>	wyższe (ISCED 5-8)

DANE KONTAKTOWE

ADRES ZAMIESZKANIA:

Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	

DANE KONTAKTOWE:

Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

SZCZEGÓŁY WSPARCIA

<input type="checkbox"/>	osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
<input type="checkbox"/>	osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
<input type="checkbox"/>	osoba bierna zawodowo w tym:
<input type="checkbox"/>	osoba ucząca się



STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY (proszę zaznaczyć X)	<input type="checkbox"/>	osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	
	<input type="checkbox"/>	osoba pracująca wykonywany zawód (proszę zakreślić właściwy zawód):	
	<input type="checkbox"/>	instruktor praktycznej nauki zawodu	nauczyciel kształcenia ogólnego
	<input type="checkbox"/>	nauczyciel wychowania przedszkolnego	kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
	<input type="checkbox"/>	pracownik instytucji ochrony zdrowia	pracownik instytucji systemu wsparcia rodziny i pieczy zastępczej
	<input type="checkbox"/>	pracownik instytucji rynku pracy	pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
	<input type="checkbox"/>	pracownik instytucji szkolnictwa wyższego	rolnik
	<input type="checkbox"/>	nauczyciel kształcenia zawodowego	inne
	<input type="checkbox"/>	pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej	
	<input type="checkbox"/>	zatrudniona (proszę wpisać nazwę Pracodawcy):	

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (proszę zaznaczyć X)

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:					
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:					
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
Osoba z niepełnosprawnościami (osoba z orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia):					
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	Jeśli TAK proszę wpisać grupę:	<input type="checkbox"/>	NIE
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących (gospodarstwo domowe, w którym żaden człowiek nie pracuje; wszyscy członkowie gospodarstwa domowego są bezrobotni lub bierni zawodowo):					
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE		
w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu (dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są bierne zawodowo oraz mieszkające z rodzicami):					
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE		
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu:					
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE		
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej):					
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
<input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, proszę wpisać jaka sytuacja:				

Niniejszym oświadczam, że spełniam kryteria rekrutacji do projektu, tj.:

- jestem studentem (-ką) jednego z ostatnich 4 semestrów studiów I lub II stopnia wg POL-on;
- spełniam wymogi stawiane przez pracodawców w ogłoszeniu stażowym;
- jestem dyspozycyjny (-a) w pełnym zaplanowanym okresie stażu.

.....
(MIEJSCOWOŚĆ I DATA)

.....
(CZYTELNY PODPIS UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA)