

Załącznik nr 2 do Regulaminu

ANKIETA DANE KANDYDATA/-TKI NA UCZESTNIKA/-CZKĘ PROJEKTU „Aktywna droga do zatrudnienia”

nr RPWM.11.01.02-28-0030/20 realizowanego w ramach
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020

PROSZĘ WYPEŁNIĆ ANKIETĘ CZYTELNIĘ, NAJLEPIEJ DRUKOWANYMI LITERAMI.

IMIĘ I NAZWISKO	
DATA URODZENIA	
PESEL	
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA <input type="checkbox"/>
STATUS OSOBY BEZROBOTNEJ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE / ROK REJESTRACJI
ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	<input type="checkbox"/> ZNACZNY; <input type="checkbox"/> UMIARKOWANY; <input type="checkbox"/> LEKKI
CZY SPRAWUJE PAN/ PANI OPIEKĘ NAD DZIECKIEM/ DZIEĆMI DO LAT 7 LUB OSOBĄ ZALEŻNĄ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> DZIECKO/DZIECI DO LAT 7; <input type="checkbox"/> OSOBA ZALEŻNA

DANE KONTAKTOWE	
ULICA, NUMER DOMU, NUMER LOKALU	
MIEJSCOWOŚĆ	
KOD POCZTOWY	
POCZTA	
OBSZAR ZAMIESZKANIA	<input type="checkbox"/> TEREN WIEJSKI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MIEJSKI <input type="checkbox"/> TEREN
NR TELEFONU	
ADRES E-MAIL (PROSZĘ WPISAĆ ADRES E-MAIL LUB W PRZYPADKU BRAKU – NIE POSIADAM)	

<p>UWAGI UCZESTNIKA PROJEKTU UWZGLĘDNIAJĄCE SPECJALNE POTRZEBY WYNIKAJĄCE Z UCZESTNICTWA W PROJEKCIE, W TYM WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (W PRZYPADKU BRAKU UWAG, PROSZĘ WPISAĆ-BRAK UWAG)</p>	
<p>PROSZĘ OKREŚLIĆ BARIERY ZWIĄZANE Z UDZIAŁEM W PROJEKCIE WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (JEŻELI DOTYCZY)</p>	
<p>OPIS SYTUACJI OSOBISTEJ, DOMOWEJ ORAZ ZAWODOWEJ UCZESTNIKA PROJEKTU</p>	<p>1. ILE OSÓB MIESZKA WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM? PROSZĘ OKREŚLIĆ STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA (NP. SYN, CÓRKA, MATKA, OJCIEC)</p> <p>.....</p> <p>2. ILE DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA PRZEBYWA WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM?</p> <p>.....</p> <p>3. CZY WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM MIESZKAJĄ OSOBY WYMAGAJĄCE PANI/A OPIEKI (OSOBY ZALEŻNE)? JEŻELI TAK, PROSZĘ PODAĆ STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA ORAZ POWÓD OPIEKI (NP. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ, CHOROBA, PROBLEMY Z MOBILNOŚCIĄ ITP.)</p> <p>.....</p> <p>4. CZY WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM MIESZKA OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ? JEŻELI TAK, PROSZĘ PODAĆ STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA</p> <p>.....</p> <p>5. PROSZĘ OPISAĆ PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ: A. ILE LAT PRACY ZAWODOWEJ?</p> <p>.....</p>

	<p>B. ZAWÓD WYUCZONY</p> <p>C. ZAWÓD WYKONYWANY (JEŻELI DOTYCZY)</p> <p>D. OKRES POZOSTAWANIA BEZ ZATRUDNIENIA</p> <p>E. UKOŃCZONE KURSY I SZKOLENIA (JEŻELI DOTYCZY)</p>
--	---

Uprzedzony/-a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

.....,dnia.....

(miejscowość, data)

.....
.....

(czytelny podpis Kandydata/-tki)