**FORMULARZ UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**„Centrum Integracji Społecznej w Żorach”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP.** | **NAZWA** | **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| 1. | Rodzaj uczestnika | 🞐 indywidualny 🞐 pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu  |
| 2. | Imię |  |
| 3. | Nazwisko |  |
| 4. | PESEL |  |
| 5. | Wykształcenie | 🞐 niższe niż podstawowe (ISCED 0) 🞐 podstawowe (ISCED 1) 🞐 gimnazjalne (ISCED 2) 🞐 ponadgimnazjalne (ISCED 3)🞐 policealne (ISCED 4) 🞐 wyższe (ISCED 5-8)  |
| 6. | Kraj |  |
| 7. | Powiat |  |
| 8. | Kod pocztowy, miejscowość |  |
| 9. | Ulica, numer budynku, numer lokalu |  |
| 10. | Telefon kontaktowy |  |
| 11. | Adres e-mail |  |
|  12. | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | 🞐 bezrobotna | 🞐 zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy🞐 niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy |
| 🞐 bierna zawodowo | 🞐 ucząca się🞐 nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu 🞐 inna |
| 🞐 pracujący | 🞐 w MMŚP *(do 249 pracowników)*🞐 w dużym przedsiębiorstwie *(powyżej 249  pracowników)*🞐 w administracji rządowej🞐 w administracji samorządowej🞐 w organizacji pozarządowej🞐 prowadząca działalność na własny rachunek🞐 inne |
| Wykonywany zawód | 🞐 instruktor praktycznej nauki zawodu🞐 kluczowy pracownik instytucji pomocy  i integracji społecznej🞐 nauczyciel kształcenia ogólnego🞐 nauczyciel kształcenia zawodowego🞐 nauczyciel wychowania przedszkolnego🞐 pracownik instytucji rynku pracy🞐 pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia🞐 pracownik instytucji systemu wsparcia rodziny  i pieczy zastępczej🞐 pracownik instytucji szkolnictwa wyższego🞐 pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej🞐 pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej🞐 rolnik🞐 inny |
| Nazwa zakładu pracy  |  |

Ponadto:

1. oświadczam, że jestem:

🞐 osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia

🞐 osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań

🞐 osobą z niepełnosprawnościami

🞐 osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, jakiej? ………………………………………………...………..

Ja niżej podpisany/a, pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że wszystkie podane w karcie dane odpowiadają stanowi faktycznemu.

…………………………… ………………………………………..

MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS

 UCZESTNIKA PROJEKTU\*

\* W przypadku uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna