Załącznik nr 4 do Regulaminu Uczestnictwa

**Dane Uczestników Projektu**

**Nie-Sami-Dzielni – rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne – III edycja**

**Dane uczestnika**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Obywatelstwo |  |
|  | Rodzaj uczestnika | indywidualny |
|  | Nazwa instytucji – wypełniamy tylko wtedy, gdy uczestnikiem jest pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu |  |
|  | Imiona |  |
|  | Nazwisko |  |
|  | Pesel |  |
|  | Brak Pesel |  |
|  | Data urodzenia |  |
|  | Miejsce urodzenia |  |
|  | Płeć | kobieta |  |
| mężczyzna |  |
|  | Wykształcenie | Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2) |   |
| Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) |  |
| Wyższe (ISCED 5–8) |  |

**Dane kontaktowe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 1
 | Województwo |  |
|  | Powiat |  |
|  | Gmina |  |
|  | Miejscowość |  |
|  | Ulica |  |
|  | Nr budynku |  |
|  | Nr lokalu |  |
|  | Kod pocztowy |  |
|  | Telefon kontaktowy |  |
|  | Adres e-mail |  |

**Szczegóły wsparcia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Data rozpoczęcia udziału w projekcie (rok, miesiąc, dzień) |  |
|  | Data zakończenia udziału w projekcie (rok, miesiąc, dzień) |  |
|  | Nazwa miejsca pracy: |  |
| NIP |  |
| Adres zakładu pracy: |  |
| 4.a | Wykonywany zawód (dotyczy osób pracujących) | - 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 |  |
| 4b | W tym: | - osoba pracująca w administracji rządowej |  |
| - osoba pracująca w administracji samorządowej |  |
| - inne |  |
| - osoba pracująca w MMŚP |  |
| - osoba pracująca w organizacji pozarządowej |  |
| - osoba prowadząca działalność na własny rachunek |  |
| - osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie |  |
| - osoba uzyskała kwalifikacje |  |
|  | Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa | TAK |
| NIE |

**Rodzaj wsparcia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Rodzaj przyznanego wsparcia | Usługa społeczna |  |
| szkolenie/kurs |  |
| 2. | Data rozpoczęcia udziału we wsparciu (rok, miesiąc, dzień) |  |
| 3. | Data zakończenia udziału we wsparciu (rok, miesiąc, dzień) |  |

**Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Odpowiedzi:** | **Nie** | **Odmowa podania informacji** | **Tak** |
|  | Osoba z niepełnosprawnościami |  |  |  |