



„Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców makroregionu północnego.” Nr POWR.05.01.00-00-0026/18
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 7 do umowy

ANKIETA UCZESTNIKA PROJEKTU

Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania SL2014

DANE UCZESTNIKA

KRAJ											
NAZWISKO											
IMIĘ											
PESEL											
PŁEĆ	Kobieta <input type="checkbox"/>					Mężczyzna <input type="checkbox"/>					
WIEK w chwili przystąpienia do projektu											
WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE <input type="checkbox"/> PODSTAWOWE <input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE					<input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE <input type="checkbox"/> POLICEALNE <input type="checkbox"/> WYŻSZE					

DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA PROJEKTU

WOJEWÓDZTWO											
POWIAT											
GMINA											
MIEJSCOWOŚĆ											
ULICA											
NR BUDYNKU						NR LOKALU					
KOD POCZTOWY											
TEL. KONTAKTOWY											
ADRES E-MAIL											

SZCZEGÓŁY WSPARCIA

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU											
OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY w tym:											
<input type="checkbox"/> OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA <input type="checkbox"/> INNE											
OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY w tym:											
<input type="checkbox"/> OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA <input type="checkbox"/> INNE											
OSOBA BIERNA ZAWODOWO w tym:											
<input type="checkbox"/> OSOBA UCZĄCA SIĘ <input type="checkbox"/> OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB UCZENIU SIĘ <input type="checkbox"/> INNE											
OSOBA PRACUJĄCA w tym:											
<input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ <input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ <input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP(MIKRO, MAŁE, ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWA) <input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ <input type="checkbox"/> OSOBA POWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK <input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE <input type="checkbox"/> INNE											
WYKONYWANY ZAWÓD (wypełnia osoba pracująca)											
<input type="checkbox"/> INSTRUKTOR PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU <input type="checkbox"/> NAUCZYCIEL KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO <input type="checkbox"/> NAUCZYCIEL WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO											



„Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców makroregionu północnego.” Nr POWR.05.01.00-00-0026/18
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

<input type="checkbox"/> NAUCZYCIEL KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO <input type="checkbox"/> PRACOWNIK INSTYTUCJI SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA <input type="checkbox"/> KLUCZOWY PRACOWNIK INSTYTUCJI POMOCY I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ <input type="checkbox"/> PRACOWNIK INSTYTUCJI RYNKU PRACY <input type="checkbox"/> PRACOWNIK INSTYTUCJI SZKOLNICTWA WYŻSZEGO <input type="checkbox"/> PRACOWNIK INSTYTUCJI WSPIERANIA RODZINY I PIECZY ZASTĘPCZEJ <input type="checkbox"/> PRACOWNIK OŚRODKA WSPARCIA EKONOMII SPOŁECZNEJ <input type="checkbox"/> PRACOWNIK PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ <input type="checkbox"/> ROLNIK <input type="checkbox"/> INNY
ZATRUDNIONY W (miejsce zatrudnienia) :

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
OSOBA BEZDOMNA LUB OBJĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
OSOBA PRZEBYWAJĄCA W GOSPODARSTWIE DOMOWYM BEZ OSÓB PRACUJĄCYCH <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w tym: W GOSPODARSTWIE Z DZIEĆMI POZOSTAJĄCYMI NA UTRZYMANIU <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
OSOBA ŻYJĄCA W GOSPODARSTWIE SKŁADAJĄCYM SIĘ Z JEDNEJ OSOBY DOROSŁEJ I DZIECI POZOSTAJĄCYCH NA UTRZYMANIU <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (inne niż wymienione powyżej) w tym: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

.....
(miejscowość, data)

.....
Podpis uczestnika projektu

Na podstawie uzyskanych informacji, wyrażam świadomą zgodę na udział w programie „Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców makroregionu północnego”.

.....
Data, czytelny podpis uczestnika programu