



KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

Prosimy o wypełnienie kwestionariusza DRUKOWANYMI LITERAMI [pola oznaczone czerwoną gwiazdką * są obowiązkowe]

IMIĘ *		NAZWISKO *	
PESEL *		MIEJSCE URODZENIA *	
WYKSZTAŁCENIE *	<input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE; <input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE; <input type="checkbox"/> PODSTAWOWE		
DANE KONTAKTOWE:			
ULICA *		NR DOMU*/LOKALU	
POWIAT *		GMINA *	
MIEJSCOWOŚĆ *		KOD POCZTOWY *	
WOJEWÓDZTWO *		NR TELEFONU *	
ADRES E-MAIL *			
STATUS NA RYNKU PRACY: *			
<input type="checkbox"/> Osoba pracująca (w tym: <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek; <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej; <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej; <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej; <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP; <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie; <input type="checkbox"/> inne) Miejsce zatrudnienia: (nazwa i adres): Wykonywany zawód / Stanowisko: <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy (w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna; <input type="checkbox"/> inne) <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy (w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna; <input type="checkbox"/> inne) <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo (w tym: <input type="checkbox"/> osoba ucząca się; <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu; <input type="checkbox"/> inne)* Planowana data zakończenia edukacji w obecnej szkole:r.*			
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 inf.			
Osoba bezdomna lub dotknięta 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 inf.			
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)*: <input type="checkbox"/> NIE; <input type="checkbox"/> TAK; <input type="checkbox"/> odmowa podania inf.			

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Oświadczam, że spełniam kryteria naboru do projektu – jestem uczniem szkoły podstawowej (klas 7-8) lub szkoły średniej (liceum/technikum), z terenu Szczecińskiego Obszaru Metropolitalnego (M. Szczecin, M. Stargard, M. Świnoujście, powiat stargardzki, gołeniewski, policki) lub powiatu gryfickiego (tj. uczyć się lub zamieszkuje na ww. obszarze w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego).

.....
czytelny podpis Uczestnika*

.....
czytelny podpis opiekuna prawnego*

(miejscowość)....., dnia

