Załącznik nr 5 do Regulaminu

**Zakres danych uczestnika projektu
„Centrum Kompetencji Zawodowych w Zespole Szkół Techniczno-Ekonomicznych
w Skawinie II” nr RPMP.10.02.01-12-0019/19**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres** | **Dane uczestnika** |
| 1. | Kraj  | Polska |
| 2. | Rodzaj uczestnika  | indywidualny |
| 3. | Nazwa instytucji  | Nie dotyczy |
| **4.** | **Imię**  |  |
| **5.** | **Nazwisko**  |  |
| **6.** | **PESEL**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **7.** | **Płeć**  | □ Kobieta □ Mężczyzna |
| **8.** | **Wiek w chwili przystąpienia do projektu**  |  |
| **9.** | **Wykształcenie**  | □ podstawowe □ gimnazjalne |
| **10.** | **Województwo** | □ Małopolskie □ inne………………………………… |
| **11.** | **Powiat** |  |
| **12.** | **Gmina** |  |
| **13.** | **Miejscowość**  |  |
| **14.** | **Ulica**  |  |
| **15.** | **Nr budynku**  |  |
| **16.** | **Nr lokalu**  |  |
| **17.** | **Kod pocztowy**  |  |
| 18. | Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)  |  |
| **19.** | **Telefon kontaktowy**  |  |
| **20.** | **Adres e-mail** |  |
| 21. | Data rozpoczęcia udziału w projekcie  |  |
| 22. | Data zakończenia udziału w projekcie  |  |
| 23. | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu  |  |
| 24. | Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia  |  |
| 25. | Data rozpoczęcia udziału we wsparciu  |  |
| 26. | Data zakończenia udziału we wsparciu |  |
| **27.** | **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** | □ TAK □ NIE |
| **28.** | **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | □ TAK □ NIE |
| **29.** | **Osoba z niepełnosprawnościami** | □ TAK □ NIE |
| **30.** | **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej** | □ TAK □ NIE |

………………………………………….. ………………………………………………………………………….
 MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

 w przypadku uczestnika niepełnoletniego:

………………………………………………………………………….
 CZYTELNY PODPIS RODZICA/
 OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU