



## DANE OSOBOWE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

### „Modernizacja kształcenia zawodowego w Powiecie Sulęcińskim”

realizowanego przez Powiat Sulęciński oraz Partnera: Konsorcjum Zachodniej Izby Przemysłowo – Handlowej oraz Profi Biznes Group Sylwia Karina Majewska w ramach Poddziałania 8.4.1 Dосkonalenie jakości kształcenia zawodowego - projekty realizowane poza formułą ZIT z Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020 w części współfinansowanej z EFS

I DANE PODSTAWOWE - OBOWIĄZKOWE					
DANE SZKOŁY	Nazwa				
		<input type="checkbox"/>	Technikum	<input type="checkbox"/>	Zasadnicza szkoła zawodowa
		<input type="checkbox"/>	Liceum zawodowe	<input type="checkbox"/>	inna
	Zawód/stanowisko pracy				
	Klasa			Planowana data ukończenia szkoły	
	Pracownik młodociany	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI	Imię				
	Nazwisko				
	PESEL				
	Płeć	<input type="checkbox"/>	kobieta	<input type="checkbox"/>	mężczyzna
	Wykształcenie – najwyższe ukończone (dotyczy tylko nauczycieli)	<input type="checkbox"/>	policealne	<input type="checkbox"/>	studia krótkiego cyklu
<input type="checkbox"/>		studia licencjackie lub ich odpowiednik	<input type="checkbox"/>	studia magisterskie lub ich odpowiednik	
<input type="checkbox"/>		studia doktoranckie lub ich odpowiednik			
DANE KONTAKTOWE	Województwo				
	Powiat				
	Gmina				
	Miejscowość				
	Ulica				
	Nr budynku				
	Nr lokalu				
	Kod pocztowy/poczta				
	Obszar	<input type="checkbox"/>	miejski	<input type="checkbox"/>	wiejski
	Telefon kontaktowy				
Adres poczty elektronicznej (e-mail)					
SYTUACJA MIESZKANIOWA	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
II DANE WRAŻLIWE NIEOBOWIĄZKOWE, ZALECANE					
	Osoba:	<input type="checkbox"/>	należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej	<input type="checkbox"/>	pochodzenia romskiego
		<input type="checkbox"/>	migrant	<input type="checkbox"/>	obcego pochodzenia

	Osoba z niepełnosprawnościami (posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
	Inna niekorzystna sytuacja społeczna				

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*czytelny podpis rodzica  
niepełnoletniego  
uczestnika/uczestniczki projektu*

.....  
*czytelny podpis  
uczestnika/uczestniczki projektu*