

Projekt „Mobilne Centrum Usług Zdrowotnych w Nowej Sarzynie” realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Działania 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych współfinansowany ze Środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 2

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Dane uczestnika:

Kraj:

Rodzaj uczestnika:

- Indywidualny
- Pracownik lub przedstawiciel instytucji

Nazwa instytucji:

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Brak PESEL:

Płeć:

- Kobieta
- Mężczyzna

Wiek w chwili przystąpienia do projektu:

Wykształcenie:

- niższe podstawowe
- podstawowe
- gimnazjalne
- ponadgimnazjalne
- policealne
- wyższe

Dane kontaktowe:

Województwo:

Powiat:

Gmina:

Miejscowość:

Ulica:

Nr budynku:

Nr lokalu:

Kod pocztowy:

Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA):

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:

1. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
 - osoba długotrwale bezrobotna
 - inne
2. Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
 - osoba długotrwale bezrobotna

3. Osoba bierna zawodowo

- osoba ucząca się
- osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu

4. Osoba pracująca

Wykonywany zawód:

- osoba pracująca w administracji rządowej
- osoba pracująca w administracji samorządowej
- osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
- osoba pracująca w MMŚP
- osoba pracująca w organizacji pozarządowej
- osoba prowadząca działalność na własny rachunek
- rolnik
- inne

Zatrudniony w:

Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie:

Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie:

Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa:

Rodzaj wsparcia:

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

- tak
- nie
- odmowa podania informacji

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

- tak
- nie

Osoba z niepełnosprawnościami

- tak
- nie
- odmowa podania informacji

Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących

- tak
- nie

w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu

- tak
- nie

Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu

- tak
- nie

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)

- tak

- nie
- odmowa podania informacji

.....
Miejscowość, data

.....
podpis uczestnika

Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie do celów związanych z realizacją projektu pn. „Mobilne Centrum Usług Zdrowotnych w Nowej Sarzynie”

WYPEŁNIA ORGANIZATOR PROJEKTU

Data rozpoczęcia udziału w Projekcie:

Data zakończenia udziału w Projekcie: