



Załącznik nr 3

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

pn. „Akademia Pomocy Społecznej”

realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Prosimy o czytelne wypełnienie rubryk DRUKOWANYMI literami lub właściwe zaznaczenie odpowiedzi <input checked="" type="checkbox"/>											
DANE INSTYTUCJI											
NAZWA INSTYTUCJI											
NIP											
TYP INSTYTUCJI				<input type="checkbox"/> instytut naukowo-badawczy <input type="checkbox"/> jednostka administracji rządowej <input type="checkbox"/> jednostka samorządu terytorialnego (bez szkół i placówek oświatowych) <input type="checkbox"/> organizacja pozarządowa <input type="checkbox"/> organizacja pracodawców <input type="checkbox"/> ośrodek wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> placówka systemu oświaty <input type="checkbox"/> podmiot ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> podmiot wykonujący działalność leczniczą <input type="checkbox"/> prokuratura <input type="checkbox"/> przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> instytucja rynku pracy <input type="checkbox"/> sądy powszechne <input type="checkbox"/> szkoła <input type="checkbox"/> uczelnia lub jednostka organizacyjna uczelni <input type="checkbox"/> związek zawodowy <input type="checkbox"/> inne							
WOJEWÓDZTWO				POWIAT							
GMINA				MIEJSCOWOŚĆ							
ULICA				NR BUDYNKU				NR LOKALU			
KOD POCZTOWY				TELEFON KONTAKTOWY (wyłącznie służbowy)							
ADRES E-MAIL (wyłącznie służbowy)											
DANE UCZESTNIKA											
RODZAJ UCZESTNIKA						<input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu					
IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO											
PESEL				WYKSZTAŁCENIE		<input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe					
BRAK PESEL		<input type="checkbox"/>		PŁEĆ		<input type="checkbox"/> KOBIETA		<input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA			
DANE KONTAKTOWE											
WOJEWÓDZTWO				POWIAT							
GMINA				MIEJSCOWOŚĆ							
ULICA				NR BUDYNKU				NR LOKALU			



KOD POCZTOWY			-			TELEFON KONTAKTOWY (wyłącznie służbowy)	
ADRES E-MAIL (wyłącznie służbowy)							
SZCZEGÓŁY WSPARCIA							
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo		
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca zatrudniona						
	NAZWA INSTYTUCJI				WYKONYWANY ZAWÓD		
				<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <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 systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik			
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU							
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI			
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI			
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI			
OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI			

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA
PROJEKTU

