wzór

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„Profilaktyka raka szyjki macicy szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców województwa pomorskiego"

realizowanego w ramach Działania 05.04. Zdrowie na rynku pracy
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020

Data rozpoczęcia udziału w projekcie (wypełnia Edukator)			Data zakończenia udziału w projekcie (wypełnia Edukator lub Beneficjent)	
	l.p.	Nazwa	Dane Uczestnika Projektu	
Dane Uczestnika	1.	Imię		
	2.	Nazwisko		
	4.	Pesel		
	5.	Wiek		
	6.	Wykształcenie	☐ niższe niż podstawowe ☐ podstawowe ☐ gimnazjalne	☐ ponadgimnazjalne ☐ policealne ☐ wyższe
Dane kontaktowe Uczestnika	7.	Adres zamieszkania (ulica, nr budynku/lokalu)		
	8.	Kod pocztowy, Miejscowość		
	9.	Telefon kontaktowy		
	10.	Adres e-mail		
	11.	Gmina		
	12.	Subregion-powiat:	☐ bytowski ☐ chojnicki ☐ człuchowski ☐ gdański ☐ kartuski ☐ kościerski ☐ kwidzyński ☐ lęborski ☐ malborski ☐ nowodworski	☐ pucki ☐ słupski ☐ starogardzki ☐ tczewski ☐ wejherowski ☐ sztumski ☐ Gdańsk ☐ Gdynia ☐ Słupsk ☐ Sopot

Status Uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	Status na rynku pracy	☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ☐ osoba pracująca		
	Wykonywany zawód	☐ inny ☐ instruktor praktycznej nauki zawodu ☐ nauczyciel kształcenia ogólnego ☐ nauczyciel wychowania przedszkolnego ☐ nauczyciel kształcenia zawodowego ☐ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia ☐ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji pomocy społecznej ☐ pracownik instytucji rynku pracy ☐ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego ☐ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej ☐ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej ☐ pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej ☐rolnik		
	Miejsce pracy (nazwa firmy, w której jest Pani/Pan zatrudniona)			
	Czy należy Pani/Pan 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 (gospodarstwo domowe, w którym żaden członek nie pracuje; wszyscy członkowie są albo bezrobotni albo bierni zawodowo) W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	☐ TAK ☐ TAK	☐ NIE ☐ 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	

…… ……

miejsce, data podpis

*Pole wypełniane przez Beneficjenta w przypadku wykonania badania cytologicznego w innym terminie jak data rozpoczęcia udziału w projekcie