



## FORMULARZ UCZESTNIKA PROJEKTU

„Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka szyjki macicy i raka jelita grubego”

<b>Beneficjent</b>	Szpital Barlinek Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
--------------------	--

### WYPEŁNIA UCZESTNIKI/CZKA PROJEKTU

Dane podstawowe		
1. Kraj		
2. Imię		
3. Nazwisko		
4. Płeć (zaznaczyć x)	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
5. Wiek w dniu przystąpienia do projektu		
6. PESEL		<input type="checkbox"/> brak
7. Wykształcenie (zaznaczyć x)	<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	
Dane kontaktowe		
1. Województwo		
2. Powiat		
3. Gmina		
4. Miejscowość		
5. Ulica		
6. Numer budynku/lokalu		
7. Kod pocztowy		
8. Telefon kontaktowy		
9. Adres e-mail		
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć odpowiednio x):		
<b>1. Osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy w tym:</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
inne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>2. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy w tym:</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
inne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>3. Osoba bierna zawodowo</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba ucząca się	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE



inne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
<b>4. Osoba pracująca w:</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
administracji rządowej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
administracji samorządowej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
administracji pozarządowej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
w MMŚP	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
inne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
<b>5. Zawód (zaznaczyć x)</b>	<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		
<b>6. Miejsce zatrudnienia (jeśli dotyczy) .....</b>			
<b>Dane dodatkowe (zaznaczyć odpowiednio x):</b>			
1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
3. Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
4. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

Ja, niżej podpisany/-a, świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, iż:  
 - zapoznałem/łam się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie oraz akceptuję jego warunki,  
 - dane podane w Formularzu uczestnika projektu oraz Deklaracji uczestnictwa w projekcie odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.

.....  
 MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
 CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/-CZKI PROJEKTU