



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Zakres danych osobowych uczestnika projektu

Powierzonych do przetwarzania w zbiorze: „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój „
Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych.

Dane uczestnika/-czki - NAUCZYCIEL/-KA	
Imię (imiona)	
Nazwisko	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Data urodzenia	
Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
PESEL	
Seria i numer dowodu osobistego	
Wykształcenie	WYŻSZE
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Data zakończenia udziału w projekcie	
Dane kontaktowe	
Kraj	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica	
Numer domu/lokalu	
Telefon kontaktowy	
Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
Obszar	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
Szczegóły wsparcia	
Data rozpoczęcia udziału we wsparciu	
Data zakończenia udziału we wsparciu	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	osoba pracująca
W tym	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie



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
------------------	--

Zatrudniony w:	
Rodzaj przyznanego wsparcia	<input type="checkbox"/> szkolenia/kursy <input type="checkbox"/> inne
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obecnego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Przynależność do grupy docelowej zgodnie z POWER 2014-2020 zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu	X tak
Sytuacja w momencie zakończenia udziału w projekcie.(1)	
Sytuacja w momencie zakończenia udziału w projekcie.(2)	
Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką zawodową.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

.....
miejsce i data

.....
czytelny podpis uczestnika/czki projektu