



Projekt „**Zintegrowany program rozwoju AWF Wrocław**” POWR.03.05.00-00-z101/18  
współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego  
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Załącznik nr 2.1

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Wszystkie dane w poniższej tabeli proszę uzupełnić **DRUKOWANYMI LITERAMI** bądź zaznaczyć właściwą odpowiedź krzyżykiem

DANE UCZESTNIKA	
Imię:	
Nazwisko:	
Płeć (kobieta/mężczyzna):	
PESEL:	
Brak PESEL	<input type="checkbox"/>
Wiek w chwili przystąpienia do projektu:	
Posiadane ukończone wykształcenie w chwili przystąpienia do projektu:	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
ADRES ZAMELDOWANIA / ZAMIESZKANIA W ROZUMIENIU KODEKSU CYWILNEGO	
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Obszar (miejski / wiejski):	
DANE KONTAKTOWE	
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż zamieszkania):	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	
SZCZEGÓŁY WSPARCIA	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<b>osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:</b> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....



Projekt „**Zintegrowany program rozwoju AWF Wrocław**” POWR.03.05.00-00-z101/18  
współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego  
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

	<p><b>osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:</b></p> <p><input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna</p> <p><input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....</p> <p><b>osoba bierna zawodowo, w tym:</b></p> <p><input type="checkbox"/> osoba ucząca się</p> <p><input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</p> <p><input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....</p> <p><b>osoba pracująca, w tym:</b></p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej</p> <p><input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie</p> <p><input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....</p>
Planowana data zakończenia edukacji w AWF we Wrocławiu (RRRR-MM-DD)	
W przypadku osoby pracującej proszę podać wykonywany zawód:	<p><input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia</p> <p><input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej</p> <p><input type="checkbox"/> rolnik</p> <p><input type="checkbox"/> inny (jakie?) .....</p>
Zatrudniony w (proszę podać nazwę instytucji/przedsiębiorstwa)	
<b>STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b>	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:	<p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> odmowa podania informacji</p>
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	<p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>
Osoba z niepełnosprawnościami:	<p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> odmowa podania informacji</p>
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> odmowa podania informacji</p>

Wrocław,

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU