# DANE OSÓB OBJĘTYCH WSPARCIEM JAKO NIEPRACUJĄCE ORAZ PRACUJĄCE,

# KTÓRE UCZESTNICZĄ WE WSPARCIU Z WŁASNEJ INICJATYWY

**Dane wspólne:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** |
| 1 | Tytuł projektu: „Centrum Zastosowań Matematyki” |
| 2 | Nr projektu: UDA-POKL.04.02.00-108/11-00 |
| 3 | Priorytet, w ramach którego realizowany jest projekt: Priorytet IV Szkolnictwo wyższe i nauka |
| 4 | Działanie, w ramach którego realizowany jest projekt: Działanie **4.2 Rozwój kwalifikacji kadr systemu** B+R i wzrost świadomości roli nauki w rozwoju gospodarczym |

**Dane uczestników projektów, którzy otrzymują wsparcie w ramach EFS:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Lp.** | **Nazwa** |  | **Lp.** | **Nazwa** |
| **Dane uczestnika** | 1 | Imię (imiona) | **Dane dodatkowe** | 19 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:  1) Bezrobotny □ TAK □ NIE  w tym □ osoba długotrwale bezrobotna  2) Nieaktywny zawodowo □ TAK □ NIE  w tym □ osoba ucząca się lub kształcąca  3) Zatrudniony □ TAK □ NIE  w tym □ rolnik □ samozatrudniony □ zatrudniony w mikroprzedsiębiorstwie □ zatrudniony w małym (lub) średnim przedsiębiorstwie □ zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie  □ zatrudniony w administracji publicznej □ zatrudniony w organizacji pozarządowej |
| 2 | Nazwisko |
| 3 | Płeć □ K □ M |
| 4 | Wiek w chwili przystępowania do projektu |
| 5 | PESEL |
| 6 | Wykształcenie |
| 7 | Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną □ TAK □ NIE |
| **Dane kontaktowe** | 8 | Ulica |
| 9 | Nr domu |
| 10 | Nr lokalu | 20 | Rodzaj przyznanego wsparcia: □ Szkolenia/warsztaty/kursy □ Inne |
| 11 | Miejscowość | 21 | Data rozpoczęcia udziału w projekcie |
| 12 | Obszar □ Miejski □ Wiejski | 22 | Data zakończenia udziału w projekcie |
| 13 | Kod pocztowy | 23 | Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa □ TAK □ NIE |
| 14 | Województwo | 24 | Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opisem Priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013/zatwierdzonym do realizacji Planem Działania/zatwierdzonym wnioskiem o dofinansowanie projektu □ TAK □ NIE |
| 15 | Powiat |
| 16 | Telefon stacjonarny |
| 17 | Telefon komórkowy | ………………………… …………………………………………………  MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU | | |
| 18 | Adres poczty elektronicznej (e-mail) |
|  |  |  |