



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

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU