

FORMULARZ DANYCH OSOBY UCZESTNICZĄCEJ W PROJEKCIE

Formularz wypełniany na potrzeby rejestracji uczestnika w systemie SM EFS / systemach monitorowania projektu oraz dokumentacji projektowej.

Projekt:
Tytuł projektu:
„Deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej dorosłych z trudnościami emocjonalnymi, ADHD i depresją poprzez rozwój środowiskowych usług medycznych i psychospołecznych Fundacji SELF".

Program: Projekt jest współfinansowany ze środków EFS+ w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021–2027,

Priorytet: FELU.08.00 Zwiększanie spójności społecznej
Działanie: FELU.08.06 Usługi zdrowotne
Typ projektu 2: Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji opieki medycznej, w tym:
b) w zakresie psychiatrii osób dorosłych.

Nr projektu: FELU.08.06-IZ.00-0034/25
Realizator: Fundacja Rozwoju Psychospołecznego SELF

I.DANE OSOBY UCZESTNICZĄCEJ

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Data urodzenia: .....

Płeć:

☐ Kobieta
☐ Mężczyzna
☐ Inna / nie chcę podawać

II. DANE KONTAKTOWE I ADRESOWE

Telefon kontaktowy: .....

Adres e-mail: .....

Ulica i numer domu/lokalu: .....

Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

Gmina: .....

Powiat: .....

Województwo: .....

Obszar zamieszkania:

☐ miasto
☐ wieś

III. WYKSZTAŁCENIE

☐ podstawowe
☐ gimnazjalne
☐ ponadgimnazjalne
☐ średnie
☐ policealne
☐ wyższe

IV. STATUS NA RYNKU PRACY

☐ osoba pracująca
☐ osoba bierna zawodowo
    ☐nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
    ☐ osoba ucząca się
☐ osoba bezrobotna
    ☐ długotrwale bezrobotna
    ☐ osoba poszukująca pracy
    ☐ osoba niezarejestrowana / nieposzukująca pracy
☐ inne: .....

Jeśli osoba pracująca:

Forma zatrudnienia:

☐ umowa o pracę

☐ umowa cywilnoprawna

☐ własna działalność gospodarcza

☐ inne: .....

☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek

☐ osoba pracująca w administracji rządowej

☐ osoba pracująca w administracji

samorządowej z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty

☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej

☐ osoba pracująca w MMŚP

☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie

☐ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą

☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty *kadra pedagogiczna*

☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty *kadra niepedagogiczna*

☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty *kadra zarządzająca*

☐ osoba pracująca na uczelni

☐ osoba pracująca w instytucie naukowym

☐ osoba pracująca w instytucie badawczym

☐ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz

☐ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym

☐ osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki

☐ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej

☐ inne: .....

V. STATUS OSOBY UCZESTNICZĄCEJ W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba obcego pochodzenia:

☐ tak

☐ nie

Osoba państwa trzeciego:

☐ tak

☐ nie

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej *w* tym społeczności marginalizowane:

☐ tak

☐ nie

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:

☐ tak

☐ nie

Osoba z niepełnosprawnościami:

☐ tak

☐ nie

VI. INFORMACJE DODATKOWE

Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności?

☐ tak

☐ nie

Jeśli tak, w stopniu:

☐ lekkim

☐ umiarkowanym

☐ znacznym

Czy występują potrzeby związane z dostępnością lub udziałem w projekcie?

☐ nie

☐ tak, jakie:

.....

.....

VII. OŚWIADCZENIA OSOBY UCZESTNICZĄCEJ

Oświadczam, że:

- dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą,
- zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,
- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby realizacji projektu, monitoringu i sprawozdawczości zgodnie z obowiązującymi przepisami RODO,
- zobowiązuję się do niezwłocznego informowania realizatora projektu o zmianie danych zawartych w formularzu.

☐ Wyrażam zgodę

VIII. PODPIS OSOBY UCZESTNICZĄCEJ

Miejscowość i data: .....

Czytelny podpis osoby uczestniczącej: .....