

Zakres danych osobowych uczestników biorących udział w projekcie powierzonych do przetwarzania

| | |
|------------|---|
| Lp. | Nazwa |
| 1 | Kraj POLSKA |
| 2 | Rodzaj uczestnika INDYWIDUALNY |
| 3 | Nazwa instytucji NIE DOTYCZY |
| 4 | Imię |
| 5 | Nazwisko |
| 6 | PESEL |
| 7 | Płeć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |
| 8 | Wiek w chwili przystępowania do projektu (Należy podać wiek uczestnika na dzień podpisania deklaracji uczestnictwa w projekcie.) lat |
| 9 | Wykształcenie ISCED 1 |
| 9 | Województwo ŁÓDZKIE |
| 10 | Powiat |
| 11 | Gmina |
| 12 | Miejscowość |
| 14 | Ulica |
| 15 | Nr budynku |
| 16 | Nr lokalu |
| 17 | Kod pocztowy |
| 18 | Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) |
| 19 | Telefon kontaktowy |
| 20 | Adres e-mail |
| 21 | Data rozpoczęcia udziału w projekcie |
| 22 | Data zakończenia udziału w projekcie |
| 23 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu OSOBA BIERNĄ ZAWODOWO - OSOBA UCZĄCA SIĘ |
| 24 | Wykonywany zawód NIE DOTYCZY |
| 25 | Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia) NIE DOTYCZY |
| 26 | Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie |



| | |
|----|---|
| 27 | Inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM - Inicjatywy na rzecz Zatrudnienia Młodych) NIE DOTYCZY |
| 28 | Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa |
| 29 | Rodzaj przyznanego wsparcia |
| 30 | Data rozpoczęcia udziału we wsparciu |
| 31 | Data zakończenia udziału we wsparciu |
| 32 | Data założenia działalności gospodarczej NIE DOTYCZY |
| 33 | Kwota przyznaných środków na założenie działalności gospodarczej NIE DOTYCZY |
| 34 | PKD założonej działalności gospodarczej NIE DOTYCZY |
| 35 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> tak |
| 36 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak |
| 37 | Osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> tak |
| 38 | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> tak |

Czytelny podpis Rodzica/Opiekuna prawnego

.....

(Miejscowość, data)