



Zakres danych osobowych uczestników biorących udział w projekcie powierzonych do przetwarzania (Prosimy o wypełnienie tylko szarych pól)

Kraj POLSKA	
Rodzaj uczestnika INDYWIDUALNY	
Nazwa instytucji NIE DOTYCZY	
Imię	Nazwisko
PESEL	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Wiek w chwili przystępowania do projektu (na dzień podpisania deklaracji uczestnictwa w projekcie.) lat	
Wykształcenie ISCED 1	
Województwo ŁÓDZKIE	
Powiat	Gmina
Miejscowość	
Ulica	
Nr budynku	Nr lokalu
Kod pocztowy	
Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Data zakończenia udziału w projekcie	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu OSOBA BIERNĄ ZAWODOWO - OSOBA UCZĄCĄ SIĘ	
Wykonywany zawód NIE DOTYCZY	
Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia) NIE DOTYCZY	
Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	
Inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM - Inicjatywy na rzecz Zatrudnienia Młodych) NIE DOTYCZY	
Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	
Rodzaj przyznanego wsparcia	
Data rozpoczęcia udziału we wsparciu	
Data zakończenia udziału we wsparciu	
Data założenia działalności gospodarczej NIE DOTYCZY	
Kwota przyznanego środków na założenie działalności gospodarczej NIE DOTYCZY	
PKD założonej działalności gospodarczej NIE DOTYCZY	
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	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	
<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	
Osoba z niepełnosprawnościami	
<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> tak	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	
<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> tak	

.....
(Miejscowość i data)

.....
Czytelny podpis Rodzica/Opiekuna prawnego