

OŚWIADCZENIE

Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania

Powierzone dane osobowe mogą być przetwarzane przez Centrum Usług Szkoleniowo – Doradczych Jakub Szpon wyłącznie w celu realizacji Projektu „Akademia nowych możliwości! Kompleksowy program wsparcia osób młodych na rynku pracy”.

Projekt „Akademia nowych możliwości! Kompleksowy program wsparcia osób młodych na rynku pracy” jest realizowany w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś Priorytetowa I Osoby młode na rynku pracy, Działanie 1.3 Wsparcie osób młodych znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji Poddziałanie 1.3.1 Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

Dane indywidualnego uczestnika Projektu:

Lp.	Nazwa	Pole do uzupełnienia:
1	Kraj	Polska
2	Rodzaj uczestnika	Indywidualny
3	Imię	
4	Nazwisko	
5	PESEL	
6	Płeć	
7	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
8	Wykształcenie	
9	Województwo	
10	Powiat	
11	Gmina	
12	Miejscowość	
13	Ulica	
14	Nr budynku	
15	Nr lokalu	
16	Kod pocztowy	
17	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	<input type="checkbox"/> Obszary miejskie (o dużej gęstości zaludnienia) <input type="checkbox"/> Obszary miejskie i podmiejskie (o średniej gęstości zaludnienia) <input type="checkbox"/> Obszary wiejskie (o małej gęstości zaludnienia)
18	Telefon kontaktowy	

19	Adres e-mail	
20	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
21	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
22	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
23	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
24	Osoba ucząca się	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
25	Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
26	Osoba kształcąca się	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
27	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
28	Data zakończenia udziału w projekcie	
29	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	
30	Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
31	Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	
32	Rodzaj przyznanego wsparcia	<input type="checkbox"/> szkolenia/ kurs <input type="checkbox"/> doradztwo/ poradnictwo zawodowe <input type="checkbox"/> doradztwo/ pomoc prawna <input type="checkbox"/> doradztwo psychologiczne <input type="checkbox"/> staż/ praktyka <input type="checkbox"/> inne:
33	Data rozpoczęcia udziału we wsparciu	
34	Data zakończenia udziału we wsparciu	

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis Uczestnika Projektu*

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane zarówno przez daną osobę jak również przez jej prawnego opiekuna.