

Załącznik nr 1 - Formularz zgłoszeniowy uczestnika projektu / **PACJENT**

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

pn. „Zrób kolonoskopię w trosce o Siebie i bliskich. Wsparcie krajowego programu profilaktyki raka jelita grubego w województwie podlaskim.” (WND-RPPD.02.05.00-20-0017/18)

Współfinansowanego z Unii Europejskiej ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020, Działanie 2.5 Aktywne i zdrowe starzenie się

Dane osobowe	Imię																				
	Nazwisko																				
	PESEL															Wiek			Płeć	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> M
	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe		<input type="checkbox"/> gimnazjalne		<input type="checkbox"/> policealne															
	<input type="checkbox"/> podstawowe		<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (zasadnicza szkoła zawodowa, liceum, technikum)		<input type="checkbox"/> wyższe (lic., mgr, dr)																
Dane kontaktowe	Województwo						Obszar/teren	<input type="checkbox"/> miejski		<input type="checkbox"/> wiejski											
	Powiat						Gmina														
	Miejscowość						Ulica, nr domu														
	Kod pocztowy			—			Poczta														
	Telefon						Adres e-mail														
Status na rynku pracy	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna																	
		<input type="checkbox"/> niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		<input type="checkbox"/> inne																	
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się																			
		<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu																			
		<input type="checkbox"/> inne																			
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca*	<input type="checkbox"/> w administracji rządowej		<input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie (> 250 pracowników)																	
<input type="checkbox"/> w administracji samorządowej		<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność gospodarczą na własny rachunek																			
	<input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej		<input type="checkbox"/> inne																		
	<input type="checkbox"/> w MMŚP (przedsiębiorstwo < 250 pracowników)																				
	Nazwa miejsca pracy:																				
	Wykonywany zawód:		<input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy																		
	<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego		<input type="checkbox"/> pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej																		
	<input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego		<input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej																		
	<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego		<input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej																		
	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu		<input type="checkbox"/> rolnik																		
	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego		<input type="checkbox"/> inne																		
	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia																				
Sytuacja społeczno-bytowa	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia					<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji													
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań					<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE														
	Osoba z niepełnosprawnościami					<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji													
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)					<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji													
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego (Dz. U. 2016, poz. 1137).																					

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
PODPIS UCZESTNIKA