**DANE OSOBOWE UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA PROJEKTU**

**„Akademia lepszego życia”**

Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Oś Priorytetowa IX Włączenie społeczne; Działanie IX.1 „Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym”; Poddziałanie IX.1.2 „Aktywizacja społeczno- zawodowa osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym- ZIT”

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **DANE** |  | |
| 1 | Kraj | POLSKA | |
| 2 | Rodzaj uczestnika | INDYWIDUALNY | |
| 3 | Nazwa instytucji | Akademia Zdrowia Izabela Łajs  90-205 Łódź, ul. Jana Kilińskiego 21, NIP: 728 134 85 65, REGON: 472067010 | |
| 4 | Imię |  | |
| 5 | Nazwisko |  | |
| 6 | PESEL |  | |
| 7 | Płeć |  | |
| 8 | Wiek w chwili przystępowania do projektu |  | |
| 9 | Wykształcenie | * niższe niż podstawowe * podstawowe * gimnazjalne * ponadgimnazjalne * policealne * wyższe | |
| 10 | Województwo |  | |
| 11 | Powiat |  | |
| 12 | Gmina |  | |
| 13 | Miejscowość |  | |
| 14 | Ulica |  | |
| 15 | Nr budynku |  | |
| 16 | Nr lokalu |  | |
| 17 | Kod pocztowy |  | |
| 18 | Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) | * miejski * wiejski | |
| 19 | Telefon kontaktowy |  | |
| 20 | Adres e-mail |  | |
| 21 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | * osoba bierna zawodowo | * osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu |
| 22 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | * osoba bezrobotna | * długotrwale bezrobotna |
| 22 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia\* | * TAK * NIE * ODMOWA PODANIA INFORMACJI | |
| 23 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań\* | * TAK * NIE | |
| 24 | Osoba z niepełnosprawnościami\* | * TAK * NIE * ODMOWA PODANIA INFORMACJI | |
| Oświadczam, że podane dane są zgodne ze stanem faktycznym:  Miejscowość i data………………………….. ………………………………………………………..…  Podpis Uczestniczki/Uczestnika Projektu | | | |