**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 Łajs90-205 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 |