

Projekt "Czas na nowy start" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

## DANE OSOBOWE UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA PROJEKTU

### „Czas na nowy start”

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.1.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym

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	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski	
19	Telefon kontaktowy		
20	Adres e-mail		
21	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub

Projekt "Czas na nowy start" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

			szkoleniu
22	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna
22	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	
23	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
24	Osoba z niepełnosprawnościami*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	
Oświadczam, że podane dane są zgodne ze stanem faktycznym:			
Miejscowość i data.....			
Podpis Uczestniczki/Uczestnika Projektu			