



Załącznik nr 5

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY / FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania

Prosimy o wypełnienie poniższych danych:

1. **KRAJ:**
2. **IMIĘ I NAZWISKO:**
3. **PESEL:**

Brak peselu w przypadku obcokrajowców

4. **PŁEĆ:** kobieta mężczyzna

5. **WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:**

6. **WYKSZTAŁCENIE** - wybierz jedną z poniższych odpowiedzi:

- NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE
- PODSTAWOWE
- GIMNAZJALNE
- PONADGIMNAZJALNE
- POLICEALNE
- WYŻSZE

7. **ADRES ZAMIESZKANIA:**

WOJEWÓDZTWO POWAT

GMINA, MIEJSCOWOŚĆ

ULICA, NR BUDYNKU,..... NR LOKALU.....

KOD POCZTOWY.....

8. **KONTAKT:**

TEL. KONTAKTOWY , ADRES E-MAIL.....



9. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU – wybierz jedną z poniższych odpowiedzi A lub B lub C lub D:

- A. OSOBOWA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W URZĘDZIE PRACY
- Osoba długotrwale bezrobotna
 - inne
- B. OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY
- Osoba długotrwale bezrobotna
 - inne
- C. OSOBA BIERNA ZAWODOWO
- osoba ucząca się
 - osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub uczeniu się
 - Inne
- D. OSOBA PRACUJĄCA
- Osoba pracująca w administracji rządowej
 - Osoba pracująca w administracji samorządowej
 - Osoba pracująca w MMŚP
 - Osoba pracująca w organizacji pozarządowej
 - Osoba prowadząca działalność na własny rachunek
 - Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
 - Inne

10. WYKONYWANY ZAWÓD (wypełnia osoba pracująca) - wybierz jedną z poniższych odpowiedzi:

- Instruktor praktycznej nauki zawodu
- Nauczyciel kształcenia ogólnego
- Nauczyciel wychowania przedszkolnego
- Nauczyciel kształcenia zawodowego
- Pracownik instytucji ochrony zdrowia
- Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
- Pracownik instytucji rynku pracy
- Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
- Rolnik
- inny

11. ZATRUDNIOWY W (miejsce zatrudnienia):

.....
.....



12. STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU – w każdej pozycji A, B, C, D, E, F wybierz jedną odpowiedź:

A. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

- tak
- nie
- odmowa podania informacji

B. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań *

- tak
- nie

C. Osoba niepełnosprawna

- tak
- nie
- odmowa podania informacji

D. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących

- tak
- nie

jeśli TAK, to czy w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu:

- tak
- nie

E. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu

- tak
- nie

F. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

- tak
- nie
- odmowa podania informacji

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż:

1. zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu ZAPOBIEGAJ I DZIAŁAJ Z GŁOWĄ - Regionalny Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi – NU-MED Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej Tomaszów Mazowiecki , akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim;
2. spełniam wszystkie wymogi formalne określone w Regulaminie Projektu;
3. zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne
4. zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
5. wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych;
6. zostałem poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;
7. zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez NU-MED Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej Tomaszów Mazowiecki II Sp. z o.o. oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;
8. zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
9. oświadczam, że dane zawarte w Kwestionariuszu Osobowym/Formularzu Zgłoszeniowym oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
Data

.....
**czytelny podpis UCZESTNIKA PROJEKTU
lub opiekuna prawnego**

.....
*Zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności –specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą).