

Załącznik nr 5 do Regulaminu

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU

Lp.	Nazwa:	Dane:
1	Nazwa Beneficjenta Partner:	Zabrzańskie Towarzystwo Szkolne w Zabrzu Piastun-Wyrównywanie Szans"
2	Tytuł projektu	Zielona transformacja w Zabrzu
3	Numer wniosku	FESL.10.24-IZ.01-068H/23
4	Priorytet	ESL.10.00-Fundusze Europejskie na transformację
5	Działanie	FESL.10.24 - Włączenie społeczne wzmocnienie procesu sprawiedliwej transformacji

FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZYĆ "X".

I	Dane osobowe	Imię																					
		Nazwisko																					
		Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna																				
		PESEL	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
		Osoba pełnoletnia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie																				
		Data urodzenia																					
Wykształcenie (należy zaznaczyć zakończony etap kształcenia)	<input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> inne																						
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju spoza UE / bezpaństwowiec																						

II	Adres zamieszkania	Ulica	
		Nr budynku	
		Nr lokalu	
		Miejscowość	
		Kod pocztowy, Poczta	
		Gmina	
		Powiat	
		Województwo	
		Kraj	
III	Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy	
		Adres e-mail	
IV	Status Kandydata	Uczeń/uczennica/ Klasa	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
		Czy jesteś osobą pracującą?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		Osoba posiadająca prawomocne oraz aktualne orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		Osoba lub rodzina zagrożona wykluczeniem społecznym z przestąnek podanych przy definicji osób lub rodzin	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



		zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem w Słowniku terminologicznym	
V	Inne		

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU:

Świadomy/a odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Biura Projektu o wszelkich zmianach ww. danych.

.....
miejsowość i data

.....
podpis Kandydata

.....
czytelny podpis Rodzica lub Opiekuna
prawnego wymagany w przypadku, gdy
Kandydat jest osobą niepełnoletnią