

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

PROJEKT „AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA Z NOWOTWOREM”

TYTUŁ SZKOLENIA/WARSZTATU:.....

Dane podstawowe: Kobieta Mężczyzna

Imię/imiona.....Nazwisko.....

Pesel..... Miejsce urodzenia.....

Adres zameldowania (zaznaczyć właściwe):

Miasto Wieś

Ulica..... nr domu..... nr lokalu..... Kod pocztowy.....

Miejscowość..... Powiat..... Województwo.....

Adres zamieszkania (jeśli inny niż zameldowania):

Miasto Wieś

Ulica..... nr domu..... nr lokalu..... Kod pocztowy.....

Miejscowość..... Powiat..... Województwo.....

Dane kontaktowe:

Telefon domowy: numer..... / nie posiadam

Telefon komórkowy: numer..... / nie posiadam

Adres e-mail..... / nie posiadam

Status kandydata:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zarejestrowany w urzędzie pracy (bezrobotny) | <input type="checkbox"/> Rencista |
| <input type="checkbox"/> Niezarejestrowany w urzędzie pracy
(nieaktywny zawodowo) | <input type="checkbox"/> Nie rencista |

Wykształcenie:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Podstawowe | <input type="checkbox"/> Pomaturalne |
| <input type="checkbox"/> Gimnazjalne | <input type="checkbox"/> Wyższe |
| <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne | |

Posiadam stopień niepełnosprawności:

Tak Nie

Chora/y na:

Szpiczaka Inny nowotwór, jaki.....

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na cel monitoringu i ewaluacji projektu
Zapoznałam/em się z regulaminem uczestnictwa i deklaruję swój udział w Projekcie**

Data.....

Czytelny podpis.....