**Numer umowy o dofinansowanie: RPDS.08.07.00-02-0015/16-00**

**Nazwa beneficjenta: "MIEDZIOWE CENTRUM ZDROWIA" SPÓŁKA AKCYJNA**

**Tytuł Projektu: Profilaktyka raka jelita grubego na terenie subregionu legnicko-głogowskiego**

**ANKIETA – MONITOROWANIE UCZESTNIKA**

**KRAJ:** …………………………………………………………………….

**RODZAJ UCZESTNIKA:**

❑ INDYWIDUALNY

❑ PRACOWNIK LUB PRZEDSTAWICIEL INSTYTUCJI/PODMIOTU/

IMIĘ:

NAZWISKO:

PESEL:

PŁEĆ:

❑ KOBIETA

❑ MĘŻCZYZNA

WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:

**WYKSZTAŁCENIE:**

* Niższe niż podstawowe
* Podstawowe
* Gimnazjalne
* Ponadgimnazjalne
* Policealne

❑ Wyższe

DANE KONTAKTOWE:

WOJEWÓDZTWO:

POWIAT:

GMINA:

MIEJSCOWOŚĆ:

ULICA:

NR BUDYNKU:

NR LOKALU:

KOD POCZTOWY:

TELEFON KONTAKTOWY:

ADRES EMAIL:

**„Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków EFS w ramach RPO WD na lata 2014-2020”**

**SZCZEGÓŁY WSPARCIA:**

**Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:**

1. osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
* Osoba długotrwale bezrobotna
* Inne
1. osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
* Osoba długotrwale bezrobotna
* Inne
1. osoba bierna zawodowo
* Inne
* Osoba ucząca się
* Osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
1. osoba pracująca, w tym:
* 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

**Wykonywany zawód:**

* inny
* instruktor praktycznej nauki zawodu
* nauczyciel kształcenia ogólnego
* nauczyciel kształcenia przedszkolnego
* nauczyciel kształcenia zawodowego
* pracownik instytucji systemu 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

Zatrudniony w: …………………………………………………………………….

**„Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków EFS w ramach RPO WD na lata 2014-2020”**

**STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:**

**Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:**

❑ TAK

❑ ODMOWA PODANIA INFORMACJI

❑ NIE

**Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:**

❑ NIE

❑ TAK

**Osoba z niepełnosprawnościami:**

❑ TAK

❑ ODMOWA PODANIA INFORMACJI

❑ NIE

**Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących:**

❑ NIE

❑ TAK

**w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu:**

❑ NIE

❑ TAK

**Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu:**

❑ NIE

❑ TAK

**Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej):**

❑ TAK

❑ ODMOWA PODANIA INFORMACJI

❑ NIE

**Deklaracja Uczestnika projektu dot. miejsca wykonania badania:**

❑ LUBIN

❑ LEGNICA

❑ GŁOGÓW

Wyrażam zgodę na przystąpienie do w/w programu oraz przetwarzanie danych osobowych w celu realizacji Projektu (w tym. m. in. dla celów dokumentacji, itp.).

……..……………………………….. …………………………………...

Miejscowość, data Podpis Uczestnika projektu

**„Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków EFS w ramach RPO WD na lata 2014-2020”**