

INFORMACJA O UCZESTNIKU/CZCE PROJEKTU „MOCNA NGO”

(nr umowy: POWR.02.16.00-00-0125/20)

Organizatorzy Projektu: Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego i Stowarzyszenie Młodych
Lubuszan

Część 1. Podstawowe dane Instytucji

Nazwa Instytucji :				
NIP (jeśli Instytucja nie posiada NIP, należy wpisać „brak”)				
Kraj				
Województwo				
Powiat				
Gmina				
Typ gminy (wstaw znak „X” przy właściwej opcji)		<input type="checkbox"/> WIEJSKA	<input type="checkbox"/> WIEJSKO - MIEJSKA	<input type="checkbox"/> MIEJSKA
Miejscowość				
ulica				
nr budynku				
nr lokalu				
kod pocztowy				
telefon kontaktowy				
e-mail				

Część 2. Informacje o Uczestniku/czce

Imię				
Nazwisko				
PESEL				
Kraj				
Płeć				
Wykształcenie (postaw znak „X” przy właściwej opcji):		<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe	
		<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> policealne	
		<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> wyższe	
Województwo				
Powiat				
Gmina				
Typ gminy (wstaw znak „X” przy właściwej opcji)		<input type="checkbox"/> WIEJSKA	<input type="checkbox"/> WIEJSKO - MIEJSKA	<input type="checkbox"/> MIEJSKA
Miejscowość				
Ulica				
Nr budynku				

1



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (wpisz znak „X” przy właściwej opcji)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań (wpisz znak „X” przy właściwej opcji)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami (wpisz znak „X” przy właściwej opcji)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (wpisz znak „X” przy właściwej opcji)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
Status na rynku pracy (wstaw „X” przy właściwej opcji)	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna, zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna, niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> Osoba pracująca
Wykonywany zawód (wpisz „X” przy właściwej opcji)	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek
Zatrudniony w (wpisz nazwę pracodawcy, jeżeli jesteś rolnikiem, wpisz „nie dotyczy”)	

Część 3. Oświadczam, że:

zostałam/em uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oraz że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
czytelny podpis Uczestnika/czki Projektu

