



## Dane uczestnika projektu

### Dane wspólne

1	Tytuł projektu: "Integration Zintegrowany rozwój - Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie"
2	Nr projektu: POWR.03.05.00-00-Z047/18

### Dane uczestnika

1	Imię		
2	Nazwisko		
3	PESEL		
4	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
5	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne
		<input type="checkbox"/> Podstawowe	<input type="checkbox"/> Policealne
		<input type="checkbox"/> Gimnazjalne	<input type="checkbox"/> Wyższe

### Dane kontaktowe

1	Województwo.	
2	Powiat	
3	Gmina	
4	Miejscowość	
5	Ulica	
6	Nr budynku	
7	Nr lokalu	
8	Kod pocztowy	
9	Telefon kontaktowy	
10	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	

## Szczegóły wsparcia

Data rozpoczęcia udziału w projekcie			
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		
	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		
	<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo		
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w tym:	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji
		<input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP
<input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej		<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny	
<input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie			

## Rodzaj wsparcia

<input type="checkbox"/> bon	<input type="checkbox"/> przygotowanie zawodowe dorosłych
<input type="checkbox"/> dodatek relokacyjny	<input type="checkbox"/> staż / praktyka
<input type="checkbox"/> doradztwo	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie
<input type="checkbox"/> doskonalenie zawodowe	<input type="checkbox"/> studia licencjackie / magisterskie
<input type="checkbox"/> dotacja na rozpoczęcia działalności gospodarczej	<input type="checkbox"/> stypendium
<input type="checkbox"/> grant na telepracę	<input type="checkbox"/> szkolenie / kurs
<input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> usługa aktywnej integracji
<input type="checkbox"/> instrument finansowy	<input type="checkbox"/> usługa rozwojowa dla pracownika przedsiębiorstwa
<input type="checkbox"/> studia / kształcenie podyplomowe	<input type="checkbox"/> usługa społeczna świadczona w interesie ogólnym
<input type="checkbox"/> opieka nad dzieckiem do lat 3 / refundacja kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7 lub inną osobą zależną	<input type="checkbox"/> usługa wsparcia ekonomii społecznej
<input type="checkbox"/> pośrednictwo pracy	<input type="checkbox"/> usługa zdrowotna / medyczna
<input type="checkbox"/> prace interwencyjne	<input type="checkbox"/> wizyta studyjna
<input type="checkbox"/> program mobilności ponadnarodowej	<input type="checkbox"/> wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy
<input type="checkbox"/> program outplacementowy	<input type="checkbox"/> zajęcia dodatkowe
<input type="checkbox"/> program zdrowotny	<input type="checkbox"/> zwrot kosztów przejazdu / zakwaterowania



**Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:**

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

Szczecin, .....r.  
miejsowość, data

.....  
podpis uczestnika



**Wypełnia pracownik Biura projektu po zakończeniu udzielania wsparcia:**

Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Data zakończenia udziału w projekcie		

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis pracownika Biura projektu