**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**,,Poprawa dostępności usług zdrowotnych szansą na suukces mieszkaców województwa świętokrzyskiego”**

Prosimy o czytelne wypełnienie DEKLARACJI uczestnictwa w projekcie.

**1. DANE PODSTAWOWE**

Imię i nazwisko:………………………………………………………………………………………………………………………………………

Płeć: □ K □ M

Wiek w chwili przystępowania do projektu (na dzień wypełnienia deklaracji w projekcie):…………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

Data i miejsce urodzenia:……………………………………………

Kraj:…………………………………………………………………………….

**2. WYKSZTAŁCENIE (zaznaczyć właściwe)**

□ niższe niż podstawowe (nie ukończona szkoła podstawowa)

□ podstawowe (ukończona szkoła podstawowa)

□ gimnazjalne (ukończona szkoła gimnazjalna)

□ ponadgimnazjalne (ukończona szkoła średnia)

□ policealne (wykształcenie powyżej szkoły średniej nie będącej wykształceniem wyższym)

□ wyższe (ukończona szkoła wyższa, licencjat lub magister)

**3. DANE ADRESOWE**

ulica ………………………………………………..……….

nr domu/lokalu…………………………………………

miejscowość…………………………………..………..

kod pocztowy……………………………………………

gmina…………………………………..…………….…….

powiat……………………………………………………….

województwo……………………………………….……

**4. DANE KONTAKTOWE**

Tel. stacjonarny……………………….……………………. adres korespondencyjny (jeżeli inny niż w pkt.3)

Tel. komórkowy……………….……………………………. ……………………………………………………………………….

Adres email……………………………………………………. ………………………………………………………………........

**5. STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY (zaznaczyć właściwe)**

1. □ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
 □ w tym długotrwale bezrobotna
 □ inne

2. □ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
 □ w tym długotrwale bezrobotna
 □ inne

3. □ osoba bierna zawodowo

4. □ osoba pracująca

**6. ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (zaznaczyć właściwe)**

 TAK NIE

Stopień niepełnosprawności:

 LEKKI UMIARKOWANY ZNACZNY

Rodzaj niepełnosprawności:

 INTELEKTUALNA FIZYCZNA

**7. STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (zaznaczyć właściwe)**

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

□ Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

□ Osoba z niepełnosprawnościami

□ Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej

**8. DATA ROZPOCZĘCIA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Data……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Miejscowość …………………………………..

………………………………………………

 (czytelny podpis uczestnika)

**9. DATA ZAKOŃCZENIA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Data ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Miejscowość ……………………………………………

………………………………………………

 (czytelny podpis uczestnika)

Rodzaj udzielonego wsparcia:

- ……………………………………………………………………………..

- ……………………………………………………………………………..

- ……………………………………………………………………………..

- ……………………………………………………………………………..

- ……………………………………………………………………………..

- ……………………………………………………………………………..

- ……………………………………………………………………………..

- ……………………………………………………………………………..

- …………………………………………………………………………….