

Projekt „Opieka i wsparcie w Twoim domu II” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

**DANE OSOBOWE UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA PROJEKTU**  
**do systemu SL**

Lp.	DANE	
1	Kraj	POLSKA
2	Rodzaj uczestnika	INDYWIDUALNY
3	Nazwa instytucji	Akademia Zdrowia Sp. z o.o. Sp.k 90-205 Łódź, ul. Jana Kilińskiego 21
4	Imię	
5	Nazwisko	
6	PESEL	
7	Płeć	
8	Wiek w chwili przystępowania do projektu	
9	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
10	Województwo	
11	Powiat	
12	Gmina	
13	Miejscowość	
14	Ulica	

Projekt „Opieka i wsparcie w Twoim domu II” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

15	Nr budynku		
16	Nr lokalu		
17	Kod pocztowy		
18	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski	
19	Telefon kontaktowy		
20	Adres e-mail		
21	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
22	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna
22	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	
23	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
24	Osoba z niepełnosprawnościami*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	

Oświadczam, że podane dane są zgodne ze stanem faktycznym:

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis Uczestniczki/Uczestnika Projektu



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



województwo  
**łódzkie**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



---

Projekt „**Opieka i wsparcie w Twoim domu II**” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020