**Kwestionariusz uczestnika projektu pn. Wdrożenie programów zdrowotnych ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy, w tym z zakresu ergonomii pracy - „SIŁA W RÓWNOWADZE”, realizowanego zgodnie z Porozumieniem Nr RPSW 08.02.03-26-0003/19-00 z dnia 23 stycznia 2020 r.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Imię |
|  | Nazwisko |
|  | PESEL |
|  | Płeć |
|  | Wiek w chwili przystępowania do projektu |
|  | Wykształcenie |
|  | Województwo |
|  | Powiat |
|  | Gmina |
|  | Miejscowość |
|  | Ulica |
|  | Nr budynku |
|  | Nr lokalu |
|  | Kod pocztowy |
|  | Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)  WIEŚ/MIASTO |
|  | Telefon kontaktowy |
|  | Adres e-mail |
|  | Data rozpoczęcia udziału w projekcie |
|  | Data zakończenia udziału w projekcie\*\* |
|  | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu\*\*\*  ZATRUDNIONA/BEZROBOTNA |
|  | Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze  wsparcia\*\* |
|  | Wykonywany zawód  PRACOWNIK POLCJI/ FUNKCJONARIUSZ\*\*\* |
|  | Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia) |
|  | Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie \*\* |
|  | Inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM - Inicjatywy na rzecz Zatrudnienia  Młodych)\*\* |
|  | Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa\*\* |
|  | Rodzaj przyznanego wsparcia\*\* |
|  | Data rozpoczęcia udziału we wsparciu\*\* |
|  | Data zakończenia udziału we wsparciu\*\* |
|  | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia\*\*\*    TAK/NIE/ NIE DOTYCZY (*odmowa podania informacji)* |
|  | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań\*\*\*  TAK/NIE/NIE DOTYCZY |
|  | Osoba z niepełnosprawnościami\*\*\*  TAK/NIE |
|  | Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących\*\*\*  TAK/NIE/NIE DOTYCZY |
|  | W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu\*\*\*  TAK/NIE/ NIE DOTYCZY |
|  | Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu\*\*\*  TAK/NIE/ NIE DOTYCZY |
|  | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)\*\*\*  TAK/NIE/ NIE DOTYCZY |

**Data:**  **Podpis:**

**UWAGI**

\***W przypadku trudności w uzupełnieniu formularza prosimy o kontakt z Biurem Projektu – tel. 47 802 20 84 e-mail:** [**elzbieta.pryciak@ki.policja.gov.pl**](mailto:elzbieta.pryciak@ki.policja.gov.pl)

**\*\* pola 21, 24-29 uzupełniają pracownicy Biura Projektu**

**\*\*\* właściwe zakreślić**

Data kwalifikacji do udziału w projekcie: ……………………………………………………………………………….