



Formularz zgłoszeniowy do udziału w projekcie „Aktywny student - aktywny absolwent”

.....
(data wpływu)

INFORMACJE PODSTAWOWE			
Imię i nazwisko			
PESEL -----	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Adres zamieszkania	Miejscowość:..... Ulica:..... Nr domu:..... Nr lokalu:..... Kod pocztowy:..... Powiat:..... Woj.:.....		





Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż zamieszkania)	Miejscowość:.....	
	Ulica:.....	
	Nr domu:.....	
	Nr lokalu:.....	
	Kod pocztowy:.....	
	Powiat:.....	
	Woj.:.....	
Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> Miejski <input type="checkbox"/> Wiejski	
Adres e-mail	Telefon komórkowy	
	Telefon stacjonarny	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe) <input type="checkbox"/> pomaturalne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) <input type="checkbox"/> wyższe (pełne i zakończone wykształceniem na poziomie wyższym)	





Status na rynku pracy	Jestem osobą: <input type="checkbox"/> nieaktywną zawodowo <input type="checkbox"/> w tym osobą uczącą lub kształcąca się <input type="checkbox"/> zatrudnioną w tym: <input type="checkbox"/> rolnik, <input type="checkbox"/> samozatrudniona, <input type="checkbox"/> zatrudniona w mikroprzedsiębiorstwie, <input type="checkbox"/> zatrudniona w małym przedsiębiorstwie, <input type="checkbox"/> zatrudniona w średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> zatrudniona w dużym przedsiębiorstwie, <input type="checkbox"/> zatrudniona w administracji publicznej, <input type="checkbox"/> zatrudniona w organizacji pozarządowej
Czy posiada Pan/i stopień niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy sprawuje Pan/i opiekę nad dzieckiem do lat 7 lub osoba zależną?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy należy Pan/i do mniejszości narodowej lub etnicznej?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pan/i migrantem?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy należy Pan/i do gospodarstwa domowego bez osób pracujących?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy pozostaje Pan/i na utrzymaniu rodziców?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy należy Pan/i do gospodarstwa składającego się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy znajduje się Pan/i w niekorzystnej sytuacji społecznej innej niż powyższe?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeżeli TAK to jakiej?

.....
Data i czytelny podpis

