

**Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania – wzór**

<b>Dane podstawowe</b>  <i>Proszę zaznaczyć krzyżykiem lub wpisać dane w odpowiednie pole</i>	Imię (imiona)		
	Nazwisko		
	Rodzaj uczestnika	Indywidualny	<input type="checkbox"/>
		Pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu	<input type="checkbox"/>
	Nazwa instytucji <i>Dotyczy pracowników lub przedstawicieli instytucji/podmiotu</i>		
	PESEL		
	Wiek (w chwili przystąpienia do projektu)		
	Wykształcenie	Niższe niż podstawowe (ISCED 0)	<input type="checkbox"/>
		Podstawowe (ISCED 1)	<input type="checkbox"/>
		Gimnazjalne (ISCED 2)	<input type="checkbox"/>
Ponadgimnazjalne (ISCED 3)		<input type="checkbox"/>	
Policealne (ISCED 4)		<input type="checkbox"/>	
Wyższe (ISCED 5-8)		<input type="checkbox"/>	
<b>Dane kontaktowe</b>  <i>Adres korespondencyjny, umożliwiający kontakt z uczestniczką/uczestnikiem projektu</i>	Województwo		
	Powiat		
	Gmina		
	Miejscowość		
	Ulica		
	Nr budynku/lokalu		
	Kod pocztowy		
	Telefon kontaktowy		



	Adres e-mail		
<p><b>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</b></p> <p><i>Proszę zaznaczyć krzyżykiem lub wpisać dane w puste pole</i></p>	a) Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	Osoba długotrwale bezrobotna*	<input type="checkbox"/>
		Inne	<input type="checkbox"/>
	b) Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	Osoba długotrwale bezrobotna*	<input type="checkbox"/>
		Inne	<input type="checkbox"/>
	c) Osoba bierna zawodowo	Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/>
		Osoba ucząca się	<input type="checkbox"/>
		Inne	<input type="checkbox"/>
	d) Osoba pracująca	Osoba pracująca w administracji rządowej	<input type="checkbox"/>
		Osoba pracująca w administracji samorządowej	<input type="checkbox"/>
		Osoba pracująca w MMŚP	<input type="checkbox"/>
		Osoba pracująca w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/>
		Osoba prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/>
		Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/>
		Inne	<input type="checkbox"/>
	Wykonywany zawód	Instruktor praktycznej nauki zawodu	<input type="checkbox"/>
		Nauczyciel kształcenia ogólnego	<input type="checkbox"/>
		Nauczyciel wychowania przedszkolnego	<input type="checkbox"/>
		Nauczyciel kształcenia zawodowego	<input type="checkbox"/>
		Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	<input type="checkbox"/>
		Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej	<input type="checkbox"/>
Pracownik instytucji rynku pracy		<input type="checkbox"/>	
Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego		<input type="checkbox"/>	
Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej		<input type="checkbox"/>	



		Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej	<input type="checkbox"/>	
		Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej	<input type="checkbox"/>	
		Rolnik	<input type="checkbox"/>	
		Inny	<input type="checkbox"/>	
	Zatrudniony w			
	<i>Proszę wpisać nazwę pracodawcy</i>			
	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	Tak	<input type="checkbox"/>	
		Nie	<input type="checkbox"/>	
		Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/>	
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Tak	<input type="checkbox"/>	
		Nie	<input type="checkbox"/>	
	Osoba z niepełnosprawnościami	Tak	<input type="checkbox"/>	
		Nie	<input type="checkbox"/>	
		Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/>	
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	Tak	<input type="checkbox"/>	
		Nie	<input type="checkbox"/>	
Odmowa podania informacji		<input type="checkbox"/>		

\*Osobami długotrwale bezrobotnymi – w przypadku osób poniżej 25 roku życia – są osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy, a w przypadku osób powyżej 25 roku życia – nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy.

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.

.....

Data, miejscowość

.....

Czytelny podpis

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z warunkami i kryteriami uczestnictwa w projekcie Wiosenny Inkubator Innowacji oraz innowacji społecznej .....

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w projekcie Wiosenny Inkubator Innowacji i kwalifikuję się na uczestnika innowacji społecznej.....

.....

Data, miejscowość

.....

Czytelny podpis