Załącznik nr 4 *do Regulaminu Lokalnych Zawodów Symulacji Medycznej „OlSim"*
w ramach projektu nr POWR.05.03.00-00-0011/15
pn. „Program rozwojowy Wydziału Nauk Medycznych UWM w Olsztynie"

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

UWAGA!

Poniższe dane są niezbędne do monitorowania uczestników projektu w centralnym systemie teleinformatycznym (SL2014).

I. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU

Imię: ……..... Nazwisko: …….....

PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Data i miejsce urodzenia: ……..……

Płeć: ……..…. Wiek w chwili przystąpienia do projektu: ……....

ADRES ZAMIESZKANIA

Kraj: …… Województwo: …….. Powiat: ..……..……

Gmina: ……..... Miejscowość: …… Ulica: ……...

Nr budynku/nr lokalu: …… Kod pocztowy: ……..……..... Poczta: …….

Telefon kontaktowy: ……..……. Adres e-mail: ……...……..……...….

WYKSZTAŁCENIE

☐ ponadgimnazjalne ☐ policealne ☐ wyższe

II. STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU

Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	**Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia**
☐ Osoba pracująca ☐ Osoba bierna zawodowo	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	**Osoba z niepełnosprawnościami**
☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji
Osoba żyjąca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	**Osoba żyjąca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu**
☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	**Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej**
☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji

…… ……...
MIEJSCOWOŚĆ I DATA *CZYTELNY PODPIS*