

Projekt „Działania Szpitala im. M. Kopernika w Łodzi w zakresie profilaktyki nowotworu jelita grubego dla mieszkańców województwa łódzkiego” jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020

## ANKIETA UCZESTNIKA PROJEKTU

Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania

### DANE UCZESTNIKA

KRAJ											
NAZWISKO											
IMIĘ											
PESEL											
PŁEĆ	<b>Kobieta</b> <input type="checkbox"/>					<b>Mężczyzna</b> <input type="checkbox"/>					
Wiek w chwili przystąpienia do projektu											
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										

### DANE KONTAKTOWE

WOJEWÓDZTWO											
POWIAT											
GMINA											
MIEJSCOWOŚĆ											
ULICA											
NR BUDYNKU						NR LOKALU					
KOD POCZTOWY											
TELEFON KONTAKTOWY											
ADRES E-MAIL											

### SZCZEGÓŁY WSPARCIA

Projekt „Działania Szpitala im. M. Kopernika w Łodzi w zakresie profilaktyki nowotworu jelita grubego dla mieszkańców województwa łódzkiego” jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO Wł na lata 2014-2020

<b>STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b>
<b>OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY</b> <b>w tym:</b> <input type="checkbox"/> OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA <input type="checkbox"/> INNE
<b>OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY</b> <b>w tym:</b> <input type="checkbox"/> OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA <input type="checkbox"/> INNE
<b>OSOBA BIERNA ZAWODOWO</b> <b>w tym:</b> <input type="checkbox"/> OSOBA UCZĄCA SIĘ <input type="checkbox"/> OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU <input type="checkbox"/> INNE
<b>OSOBA PRACUJĄCA</b> <b>w tym:</b> <input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA W ADMININISTRACJI 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 POWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK <input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE <input type="checkbox"/> INNE
<b>WYKONYWANY ZAWÓD (wypełnia osoba pracująca)</b>  <input type="checkbox"/> 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 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
<b>ZATRUDNIONY W (miejsce zatrudnienia) :</b>



Projekt „Działania Szpitala im. M. Kopernika w Łodzi w zakresie profilaktyki nowotworu jelita grubego dla mieszkańców województwa łódzkiego” jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO Wł na lata 2014-2020

### STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

<b>OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA</b> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
<b>OSOBA BEZDOMNA LUB OBJĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ</b> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
<b>OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI</b> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
<b>OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (inne niż wymienione powyżej)</b> <b>w tym:</b> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

Data .....

.....

*Podpis uczestnika projektu*