



## OŚWIADCZENIE

### Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania

*Powierzone dane osobowe mogą być przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Rozwój osobisty kluczem do sukcesu – kompleksowe wsparcie uczniów i nauczycieli w budżetowych jednostkach oświatowych kształcenia ogólnego Gminy Miasto Szczecin”*

nr FEPZ.06.09-IP.01-0078/23

**Proszę wypełnić DRUKOWANYMI literami przy pytaniu zaznaczonym kolorem SZARYM**

Lp.	Nazwa	
1	Kraj	
2	Rodzaj uczestnika	INDYWIDUALNY
3	Nazwa szkoły	
4	Imię	
5	Nazwisko	
6	PESEL	
7	Płeć	KOBIETA/ MĘŻCZYŻNA *
8	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
9	Wykształcenie	NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE / PODSTAWOWE / GIMNAZJUM / PONADGIMNAZJALNE / POLICEALNE/ WYŻSZE*
10	Województwo	
11	Powiat	
12	Gmina	
13	Miejscowość	
14	Ulica	
15	Nr budynku	
16	Nr lokalu	
17	Kod pocztowy	
18	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	MIEJSKI/ WIEJSKI *
19	Telefon kontaktowy	
20	Adres e-mail	
21	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
22	Data zakończenia udziału w projekcie	
23	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	PRACUJĄCY/ BEZROBOTNY / BIERNY ZAWODOWO / POSZUKUJĄCY PRACY*
24	Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia	
25	Wykonywany zawód	
26	Zatrudniony w (nazwa firmy/miejsce zatrudnienia)	
27	Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	



28	Inne rezultaty dotyczące osób młodych(dotyczy IZM-Inicjatywy na rzecz Zatrudnienia Młodych)	Nie dotyczy
29	Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
30	Rodzaj przyznanego wsparcia	doskonalenia zawodowe / szkolenie / kurs / brokering edukacyjny/ doradztwo zawodowe/ warsztaty*
31	Data rozpoczęcia udziału we wsparciu	
32	Data zakończenia udziału we wsparciu	
33	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	tak / nie /*
34	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	tak / nie/*
35	Osoba z niepełnosprawnościami	tak / nie /*
36	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej(innej niż wymienione powyżej)	tak / nie/*

\* właściwe podkreślić

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis uczestnika projektu

.....  
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego\*\*

\*\*złożyć podpis w przypadku  
uczestnika niepełnoletniego