



Załącznik nr 2

**ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH UCZNIĄ UCZESTNICZĄCEGO W PROJEKCIE
pn. „AKADEMIA KOMPETENCJI – DOSKONALENIE KLUCZOWYCH KOMPETENCJI UCZNIÓW
SZCZECIŃSKICH SZKÓŁ”**

Poniższy formularz należy wypełnić drukowanymi literami

Zakres danych osobowych do Centralnego Systemu Teleinformatycznego:

Dane uczestnika/uczestniczki :	
Nazwa szkoły	
Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Wykształcenie	
Kraj	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Adres zamieszkania i dane kontaktowe:	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica– Nr budynku / Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Status uczestnika/czki projektu w chwili przystąpienia do projektu:	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis uczestnika/czki projektu

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*

* w przypadku osoby niepełnoletniej wymagany jest czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego