# **Załącznik nr 8**

# **Kwestionariusz osobowy dla Uczestnika**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię (imiona)** |  Jan |
| **Nazwisko** | Michalski |
| **Płeć** | □ kobieta ■ mężczyzna |
| **Data urodzenia** |  30.03.1980 |
| **PESEL** | 80033003574 |
| **Wykształcenie** | □ niepełne podstawowe ((ISCED 0) |
| □ podstawowe (ISCED 1) |
| □ gimnazjalne (ISCED 2) |
| □ zasadnicze zawodowe (ISCED 3) |
| □ średnie zawodowe (technik) (ISCED 3) |
| □ licealne (ISCED 3) |
| □ pomaturalne (ISCED 4) |
| □ wyższe zawodowe (lic., inż. lub równorzędne) (ISCED 5-6) |
| □ wyższe magisterskie (mgr lub równorzędne) (ISCED 7) |
| □ wyższy stopień lub tytuł naukowy (dr, prof.) / tytuł naukowy ……………… (ISCED 8) |
| **Oświadczenie pracownikaw szczególnie niekorzystnej sytuacji** | jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań  TAK  NIE |
|  jestem osobą z niepełnosprawnością TAK  NIE  odmowa podania informacji |
| jestem osobą w innej niekorzystniej sytuacji TAK  NIE  odmowa podania informacji |
| jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji, tj.:- żyję w gospodarstwie domowym bez osób pracujących TAK  NIE  odmowa podania informacji- żyję w gospodarstwie domowym składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu TAK  NIE  odmowa podania informacji- jestem osobą należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia TAK  NIE  odmowa podania informacji |
| **Dane kontaktowe** |
| **Ulica** | Polna |
| **Nr domu** | 52 |
| **Nr lokalu** | 2 |
| **Miejscowość** | Wrocław |
| **Kod pocztowy** | 52-120 |
| **Województwo** | Dolnośląskie |
| **Powiat** |  m. Wrocław |
| **Telefon kontaktowy** | 452-554-783 |
| **Adres poczty elektronicznej (e-mail)** | jan.michalski@abc.wrocław.pl |

**Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Miejscowość, data |  | Podpis pracownika |