



**Dane uczestnika/uczestniczki projektu To będzie DOBRY DZIEŃ!
otrzymującego/cej wsparcie**

Realizator projektu: Fundacja Szalony Krasnolud

Numer wniosku: RPWM.11.02.04-28-0006/21

Załącznik R4

Imię/imiona:													
Nazwisko:													
PESEL:		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
Wykształcenie:		☐ Niższe niż podstawowe (brak formalnego wykształcenia) ☐ Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) ☐ Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) ☐ Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej, wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe) ☐ Policealne (kształcenie ukończone po zakończeniu edukacji na poziomie ponadgimnazjalnym, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ☐ Wyższe (pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym).											
1. Dane kontaktowe:													
Województwo:		Warmińsko-Mazurskie											
Powiat:		Olsztyn											
Gmina:		Olsztyn											
Miejscowość:		Olsztyn											
Ulica:													
Nr budynku:		Nr lokalu:											
Kod pocztowy:													
Telefon kontaktowy:													
Adres e-mail:													
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji PUP	☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji PUP	☐ osoba bierna zawodowo										
	☐ osoba pracująca	Wykonywany zawód											
Nazwa podmiotu, w którym osoba jest zatrudniona:													



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Rzeczpospolita
Polska



Zdrowe życie, czysty zysk

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





**Dane uczestnika/uczestniczki projektu To będzie DOBRY DZIEŃ!
otrzymującego/cej wsparcie**

Realizator projektu: Fundacja Szalony Krasnolud

Numer wniosku: RPWM.11.02.04-28-0006/21

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu		
Osoba korzystająca ze wsparcia pomocy społecznej	☐ Tak	☐ Nie
Osoba z orzeczoną niepełnosprawnością	☐ Tak	☐ Nie
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym z przynajmniej jedną osobą bezrobotną	☐ Tak	☐ Nie
Osoba korzystająca z POPŻ	☐ Tak	☐ Nie
Członek rodziny wielodzietnej	☐ Tak	☐ Nie
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dziecka/dzieci	☐ Tak	☐ Nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) np. uzależniona od alkoholu, uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających, zwolniona z zakładu karnego, chora psychicznie w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, itp.	☐ Tak	☐ Nie
		☐ Odmawiam podania informacji

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu*

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby niepełnoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej opiekuna prawnego.