**

ANKIETA DLA WYKŁADOWCY

|  |
| --- |
| Tytuł projektu: **„Fachy mam radę sobie dam”** |
| Nr projektu: RPLD-11.03.01-10-0012/16 |
| Oś priorytetowa, w ramach której jest realizowany projekt*: XI. Edukacja Kwalifikacje Umiejętności* |
| Działanie dla osi w ramach której jest realizowany projekt*: XI.3 Kształcenie zawodowe* |
| Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany projekt: --- |
| Liczba osób niepełnosprawnych objętych wsparciem w ramach projektu: (nie dotyczy) |
| Liczba dzieci w wieku od 3 do 5 lat objętych wsparciem w ramach projektu: (nie dotyczy) |

I DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SIĘ DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nazwisko:* |  | | | | | | | | | |
| *Imię(imiona):* |  | | | | | | | | | |
| *Płeć:* | | | *Kobieta* | |  | | *Mężczyzna* | | |  |
| *Data urodzenia: (dd- mm-rrrr)* | |  | | | | *Miejsce:* | |  | | |
| *PESEL:* |  | | *Nr DO:* |  | | | *NIP:* | |  | |
| *Wiek w chwili przystąpienia do projektu* | | | | | *\_\_\_\_ lat* | | | | | |
| *Opieka na dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną* | | | | | *Tak* | | | | *Nie* | |

**II ADRES ZAMELDOWANIA I DANE KONTAKTOWE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Ulica:* |  | | | *Nr domu:* |  | *Nr lokalu:* | |  |
| *Kod pocztowy:* |  | *Miejscowość* | |  | | | | |
| *Obszar:* | | *Miasto* | |  | *Wieś* | |  | |
| *Województwo:* |  | | Powiat: |  | *Gmina:* | |  | |
| *Tel. stacjonarny:* |  | | | *Tel. komórkowy:* | |  | | |
| *Adres e-mail:* |  | | | | | | | |

**III ADRES DO KORESPONDENCJI** *( gdy jest inny niż w pkt. II)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Ulica:* |  | | | *Nr domu:* |  | *Nr lokalu:* | |  |
| *Kod pocztowy:* |  | *Miejscowość:* | |  | | | | |
| *Województwo:* |  | | *Powiat:* |  | *Gmina:* | |  | |

**IV DANE O ZATRUDNIENIU**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nazwa pracodawcy:* | |  | | | | |
| *Miejsce pracy (adres):* | |  | | | | |
| *Telefon:* |  | | | *E-mail:* |  | |
| *Stanowisko:* | |  | | | | |
| *Okres zatrudnienia:* | | *od* |  | | *do* |  |

**V WYKSZTAŁCENIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Średnie* | *Wyższe zawodowe* | *Wyższe magisterskie* |
| *Nazwa szkoły / uczelni:* |  | |
| *Ukończone kursy / szkolenia:* |  | |

**Czytelny podpis**

*Załączniki:*

*- CV*

*- Kserokopia dowodu osobistego*

*- Kserokopia dokumentów poświadczających kwalifikacje zawodowe*