

Załącznik nr 2a

FORMULARZ DANYCH DO CELÓW SPRAWOZDAWCZOŚCI

Przekazywane dane uczestników projektu „Podnoszenie jakości opieki nad pacjentem w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej” objęte są ochroną danych osobowych.

NAZWA	WYPEŁNIA UCZESTNIK PROJEKTU (proszę odpowiednio uzupełnić rubrykę lub właściwie zaznaczyć znakiem „x”)
Dane uczestnika	
Imię (imiona)	
Nazwisko	
PESEL	
Płeć	<input type="radio"/> kobieta <input type="radio"/> mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
Wykształcenie	<input type="radio"/> wyższe <input type="radio"/> policealne <input type="radio"/> ponadgimnazjalne <input type="radio"/> gimnazjalne <input type="radio"/> podstawowe
Dane kontaktowe	
Kraj	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	

Telefon kontaktowy	
Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
Szczegóły wsparcia	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	° Osoba pracująca
	° Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
	° Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
	° Osoba bierna zawodowo
Wykonywany zawód:	
Zatrudniony w:	Nazwa i pełen adres pracodawcy:
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	
POUCZENIE odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy celowej	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	Tak/ Nie/ Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Tak/ Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	Tak/ Nie/ Odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	Tak/ Nie/ Odmowa podania informacji

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis