***Załącznik nr 2a***

**ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH NAUCZYCIELA 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 :** |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Kraj |  |
| Płeć |  Kobieta Mężczyzna |
| Wykształcenie |  |
| Wykonywany zawód |  |
| Miejsce zatrudnienia |  |
| **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**  |  Tak Nie Odmawiam podania danych  |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** |  Tak Nie  |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** |  Tak Nie Odmawiam podania danych |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)** |  Tak Nie Odmawiam podania danych |

 …………………………… ……….…………………………………….

 Miejscowość, data Czytelny podpis Uczestnika/czki Projektu