***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