

Projekt: „Motywacja, aktywizacja, SUKCES!”

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

do celów wypłaty stypendium szkoleniowego/stażowego

Proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami:

1.	Imię (imiona) i nazwisko:																				
2.	Adres zameldowania: (miejscowość, kod, ulica, nr domu, nr mieszkania, gmina)																				
3.	Numer ewidencyjny PESEL: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 150px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				
4.	Data urodzenia:																				
5.	Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:																				
6.	Osoba, którą należy powiadomić w razie wypadku (podać imię i nazwisko, adres i telefon):																				
7.	Oświadczam, że dane zawarte w pkt. 1-2 są zgodne z dowodem osobistym: seria nr wydanym dnia..... przez..... w lub innym dowodem tożsamości																				

Oświadczam, że:

Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności: TAK/NIE*
Jeśli TAK proszę podać stopień niepełnosprawności: lekki/umiarkowany/znaczący*
Jestem emerytem: TAK/NIE*
Jestem rencistą: TAK/NIE*
Jestem zarejestrowany jako osoba bezrobotna w PUP w
Bez prawa do zasiłku dla bezrobotnych / z prawem do zasiłku dla bezrobotnych do dnia

Świadomy odpowiedzialności za podawanie nieprawdziwych informacji oświadczam, że wszystkie podane informacje są zgodne z prawdą.

Jednocześnie zobowiązuję się do zawiadomienia CentrEdu Wioletta Cywińska na piśmie o wszelkich zmianach dotyczących podanych wyżej informacji.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez CentrEdu Wioletta Cywińska (w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych – tekst jednolity Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

.....
miejscowość i data

.....
podpis Uczestnika Projektu

.....
podpis koordynatora projektu

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, iż wyrażam zgodę na dokonywanie wypłaty całości mojego stypendium na konto bankowe numer:

.....
podpis Uczestnika Projektu