**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

do udziału w projekcie pn. **„**Rozwój Szkoły Świadomego Rodzicielstwa przy Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żywcu” w ramach Poddziałania 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych – konkurs Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020

1. **DANE OSOBOWE KOBIETY CIĘŻARNEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane kandydatki** | |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Płeć** | **K 🞏 M 🞏** |
| **Wykształcenie** | **🞏** niższe niż podstawowe  **🞏** podstawowe  **🞏** gimnazjalne **🞏** ponadgimnazjalne  **🞏** policealne **🞏** wyższe |
| **Dane kontaktowe** | |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr domu** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | **🞏** Os. pracująca  **🞏** Os. bierna zawodowo  **🞏** Os. bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy  **🞏** Os. bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu, w tym:** | **🞏** Os. pracująca w administracji rządowej  **🞏** Os. pracująca w administracji samorządowej  **🞏** Os. pracująca w dużym przedsiębiorstwie  **🞏** Os. pracująca w MMŚP  **🞏** Os. pracująca w organizacji pozarządowej  **🞏** Os. prowadząca działalność na własny rachunek  **🞏** Os. długotrwale bezrobotna  **🞏** Os. kształcąca się  **🞏** Os. nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  **🞏** Inne |
| **Wykonywany zawód** |  |
| **Zatrudniony w**  **(*nazwa i adres zakładu pracy)*** |  |

1. **STATUS KOBIETY CIĘŻARNEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)** | **🞏** Tak  **🞏** Nie  **🞏** Odmowa podania informacji |

**Oświadczam, że podane przeze mnie w Formularzu Zgłoszeniowym informacje odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Zostałam poinformowana o odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych.**

………………………. ……………………………

(miejscowość, data) (podpis uczestnika)

1. **DANE OSOBOWE PARTNERA ŻYCIOWEGO LUB INNEJ OSOBY WSPIERAJĄCEJ KOBIETĘ CIĘŻARNĄ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane kandydata/ kandydatki** | |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Płeć** | **K 🞏 M 🞏** |
| **Wykształcenie** | **🞏** niższe niż podstawowe  **🞏** podstawowe  **🞏** gimnazjalne **🞏** ponadgimnazjalne  **🞏** policealne **🞏** wyższe |
| **Dane kontaktowe** | |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr domu** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | **🞏** Os. pracująca  **🞏** Os. bierna zawodowo  **🞏** Os. bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy  **🞏** Os. bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu, w tym:** | **🞏** Os. pracująca w administracji rządowej  **🞏** Os. pracująca w administracji samorządowej  **🞏** Os. pracująca w dużym przedsiębiorstwie  **🞏** Os. pracująca w MMŚP  **🞏** Os. pracująca w organizacji pozarządowej  **🞏** Os. prowadząca działalność na własny rachunek  **🞏** Os. długotrwale bezrobotna  **🞏** Os. kształcąca się  **🞏** Os. nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  **🞏** Inne |
| **Wykonywany zawód** |  |
| **Zatrudniony w**  **(*nazwa i adres zakładu pracy)*** |  |

1. **STATUS PARTNERA ŻYCIOWEGO LUB INNEJ OSOBY WSPIERAJĄCEJ KOBIETĘ CIĘŻARNĄ**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)** | **🞏** Tak  **🞏** Nie  **🞏** Odmowa podania informacji |

**Oświadczam, że podane przeze mnie w Formularzu Zgłoszeniowym informacje odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Zostałam/ zostałem poinformowana/ poinformowany o odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych.**

………………………. ……………………………

(miejscowość, data) (podpis uczestnika)