Telefon kontaktowy pacjenta.....555-666-777.....

Adres e-mail.....kowalski@abc.com.....

Wykształcenie:
- ☐ niższe niż podstawowe
- ☐ podstawowe
- ☐ gimnazjalne
- ☐ ponadgimnazjalne
- ☐ policealne
- ☒ wyższe

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: wypełnij wg własnego statusu na rynku pracy

☐ osoba pracująca.
- ☐ Osoba pracująca w administracji rządowej
- ☐ Osoba pracująca w administracji samorządowej
- ☐ Osoba prowadząca działalność na własny rachunek
- ☐ Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
- ☐ Osoba pracująca w MMŚP
- ☐ Osoba pracująca w organizacji pozarządowej
- ☐ Inne

☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
- ☐ Osoba długotrwale bezrobotna
- ☐ Inne

☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
- ☐ Osoba długotrwale bezrobotna
- ☐ Inne

☐ osoba bierna zawodowo;
- ☐ Osoba ucząca się
- ☐ Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
- ☐ Inne

Zawód wykonywany wypełnij wg stanu faktycznego

☐ instruktor praktycznej nauki zawodu
☐ nauczyciel kształcenia ogólnego
☐ nauczyciel wychowania przedszkolnego
☐ nauczyciel kształcenia zawodowego
☐ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
☐ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
☐ pracownik instytucji rynku pracy
☐ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
☐ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
☐ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
☐ pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
☐ rolnik
☐ inny .....

Rodzaj miejsca pracy (nazwa firmy, w której jest Pan/Pani zatrudniony/a)
podaj dokładną nazwę zakładu pracy
.....

Czy należy Pan/Pani do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia? wypełnij	☐ nie	☐ tak	☐ odmowa
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań wypełnij	☐ nie	☐ tak	
Osoba z niepełnosprawnościami wypełnij	☐ nie	☐ tak	☐ odmowa
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej wypełnij	☐ nie	☐ tak	☐ odmowa

Wyrażam zgodę na przekazanie wyniku badania drogą telefoniczną lub elektroniczną:

Data:.....202.... r. . Godzina: ..... Podpis/pieczątka rejestratorki: .....

Podpis pacjenta/uczestnika projektu : ..podpisz ankietę.....