

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

„Stop boreliozie!”

Nr. Projektu: RPLU.10.03.00-06-0006/19

Nazwa Programu Operacyjnego	Regionalny Program Operacyjny Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020
Numer i nazwa Osi Priorytetowej	10 Adaptacyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian
Numer i nazwa Działania	10.3 Programy polityki zdrowotnej
Numer i nazwa Poddziałania	-

PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI WSZYSTKIE PONIŻSZE BIAŁE POLA

Dane osobowe				
Imię i nazwisko				
Data urodzenia	PESEL		Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Ulica, nr domu/lokalu			Kod pocztowy	
Miejscowość	Powiat		Gmina	
Województwo	Telefon		e-mail	
Wykształcenie				
<input type="checkbox"/> brak	<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne		
<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> policealne	<input type="checkbox"/> wyższe		
Grupa docelowa				
Jestem osobą w wieku aktywności zawodowej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Należę do grup wysokiego ryzyka	<input type="checkbox"/> rolnicy <input type="checkbox"/> leśnicy <input type="checkbox"/> myśliwi <input type="checkbox"/> nie	
Status chwili przystąpienia do projektu				
Jestem osobą pracującą			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne				
Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne				
Jestem osobą bierną zawodowo			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem migrantem, osobą obcego pochodzenia, przynależę do mniejszości			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie



Jestem osobą z niepełnosprawnością		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem w innej niekorzystnej sytuacji społecznej		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą pracującą w:	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w mmśp <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacja pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne		
Wykonywany zawód (wypełnia osoba pracująca)	<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik		
Zatrudniony w (nazwa firmy)		

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z Regulaminem projektu „Stop boreliozie!” oraz akceptuję jego warunki;
- oświadczam, że zgodnie z Regulaminem projektu spełniam wszystkie kryteria formalne i jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie;
- zostałem/am poinformowany/a, że ww. projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego – Regionalny Program Operacyjny Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020;
- zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;
- w przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie „Stop boreliozie!” deklaruję uczestnictwo we wszystkich formach wsparcia;
- zastałem/am poinformowany/a, że wywiad medyczny, wykonanie testów diagnostycznych, omówienie wyników przez lekarza może odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania;
- zostałem/am poinformowany/a, że złożenie niniejszego Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie;
- zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;
- uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis kandydata/tki

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Opiekuna prawnego kandydata/tki



ANKIETA KWALIFIKACYJNA
„Stop boreliozie!”
Nr. Projektu: RPLU.10.03.00-06-0006/19

Imię i nazwisko

1. Miejsce zamieszkania

- miasto
- wieś

2. Czy należy Pan/i do osób narażonych na miejsce występowania kleszczy?

- tak, zawodowo
- tak, hobbistycznie
- nie

3. Czy należy Pan/i do grup wysokiego ryzyka?

- rolnicy
- leśnicy
- myśliwi
- nie

4. Czy jest Pan/i w wieku aktywności zawodowej?

- tak
- nie

5. Czy był/a Pan/Pani pokłuty/a przez kleszcze?

- tak
- nie
- nie pamiętam

6. Jeśli tak, ile razy był/a Pan/Pani pokłuta przez kleszcze w swoim życiu?

- nie dotyczy
- jeden raz
- kilka razy
- kilkanaście razy
- nie pamiętam

7. Które z niżej wymienionych objawów występują u Pana/i obecnie?

- zmęczenie, problemy ze snem
- bóle mięśni
- bóle stawów
- bóle głowy
- bóle innych części ciała
- depresja, obniżony nastrój
- problemy z funkcjonowaniem umysłowym (pamięć, uwaga)
- neuropatia (uczucie drętwienia, mrowienie, palenie kończyn, skóry)

8. Czy wystąpił u Pana/i kiedykolwiek typowy rumień wędrujący, będący objawem boreliozy?

- tak
- nie
- była obecna jakaś zmiana, ale nie był to typowy rumień wędrujący
- nie wiem



9. Czy miał/a Pan/Pani stwierdzoną przez lekarza boreliozę lub podejrzenie boreliozy?

- tak
- nie
- nie pamiętam

10. Czy miał/a Pan/Pani wykonywane badania laboratoryjne surowicy krwi w kierunku boreliozy?

- tak
- nie
- nie pamiętam

11. Jeśli tak, to jaki był wynik?:

- dodatni
- ujemny
- wątpliwy
- nie pamiętam

12. Czy po powrocie z terenów zalesionych sprawdza Pan/Pani swoje ciało w celu ewentualnego usunięcia kleszcza?

- tak
- nie
- sporadycznie

13. Czy potrafiłaby/by Pan/Pani usunąć kleszcza z ciała?

- tak
- nie
- nie wiem

14. Czy usuwał/a Pan/Pani kleszcza z ciała?

- tak
- nie
- rzadko

15. Czy do usuwania kleszcza użyłby/aby lub używa Pan/Pani?

- specjalny przyrząd tj. pęseta, „kleszczołapek”
- palców dłoni
- innych sposobów

16. Czy stosuje Pan/Pani preparaty przeciw kleszczom – repelenty (środki odstrasżające kleszcze i komary) podczas przebywania na terenach rekreacyjnych?

- tak
- nie
- sporadycznie

17. Czy przebywając na terenach leśnych pamięta Pan/Pani o odpowiednim ubiorze by zmniejszyć ryzyko pokłucia przez kleszcze?

- tak, zawsze pamiętam
- tak, raczej pamiętam
- nigdy nie zwracam na to uwagi

podpis Uczestnika

data

Kwalifikacja do testów:

- tak
- nie

Pieczętka i podpis lekarza/pielęgniarki



DEKLARACJA UCZESTNICTWA
„Stop boreliozie!”
Nr. Projektu: RPLU.10.03.00-06-0006/19

Ja, niżej podpisana/y

.....
(Imię i nazwisko)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Deklaruję udział w projekcie „**Stop boreliozie!**” współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 10 Adaptacyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian, Działanie 10.3 Programy polityki zdrowotnej, na podstawie umowy o dofinansowanie projektu nr **RPLU.10.03.00-06-0006/19**.

Jednocześnie oświadczam, iż spełniam kryterium kwalifikowalności uprawniające do udziału w Projekcie, opisane poniżej:

- jestem osobą w wieku aktywności zawodowej, z terenu województwa lubelskiego, będącą w grupie podwyższonego ryzyka, osób kwalifikujących się do objęcia Regionalnym Programem Zdrowotnym (RPZ), które podejrzewają u siebie boreliozę lub miały kontakt z kleszczem,
 - jestem osobą w wieku 15 lat i powyżej, należącą do grupy aktywnych zawodowo, tj.: pracujących albo pozostających bez zatrudnienia, ale poszukujących pracy i zainteresowanych jej podjęciem, posiadających stopień wykształcenia od ISCED 0 (brak wykształcenia) do ISCED 6 (studia doktoranckie).
1. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w niniejszym projekcie oraz w pełni go akceptuję, spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie.
 2. Przyjmuję do wiadomości, że wyżej wymienione dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu ewaluacji, kontroli, audytu oraz sprawozdawczości w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020 (RPO WL).
 3. Oświadczam, że zobowiązuję się do przekazania informacji dotyczących mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie (maksymalnie do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie).
 4. Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 10 Adaptacyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian, Działanie 10.3 Programy polityki zdrowotnej.
 5. Potwierdzam odebranie zewnętrznego nośnika danych z nagrzanymi wykładami edukacyjnymi nt. profilaktyki boreliozy.

Oświadczam, iż zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, tym samym oświadczam, iż podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/czki Projektu

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Opiekuna prawnego Uczestnika/czki Projektu



ANKIETA OKREŚLAJĄCA POZIOM WIEDZY O BORELIOZIE

„Stop boreliozie!”

Nr. Projektu: RPLU.10.03.00-06-0006/19

Przeczytaj uważnie pytania i udziel na nie odpowiedzi. Jeśli czegoś nie wiesz, zostaw puste miejsce i przejdź do następnego punktu.

Imię i nazwisko.....

1. Czy borelioza jest chorobą zakaźną?

- tak
 nie

2. Borelioza to choroba wywołana przez:

- bakterie
 wirusy

3. Czy wie Pan/Pani jakie są drogi zakażenia boreliozą?

- tak wiem (proszę wpisać drogi zakażenia)

.....

- nie wiem

4. Borelioza to choroba:

- wielonarządowa
 jednonarządowa

5. Czy wie Pan/Pani, jakiego rodzaju objawy świadczą o zakażeniu boreliozą?

- tak wiem (proszę wpisać objawy świadczące o zakażeniu)

.....

- nie wiem

6. W jaki sposób można zapobiegać chorobom odkleszczowym?

.....

7. Borelioza to choroba:

- uleczalna
 nieuleczalna

8. Czy przeciwko boreliozie można się zaszczepić?

- tak
 nie
 nie wiem

9. Czy wie Pan/Pani kto jest najbardziej narażony na zakażenie boreliozą – jakie grupy zawodów?

- tak (proszę wpisać jakie grupy zawodów)

.....

- nie wiem

10. Czy borelioza należy do chorób zawodowych?

- tak
 nie



OŚWIADCZENIE RODO UCZESTNIKA PROJEKTU

Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 oraz zgoda na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie zbiorów:

1. Uczestnicy projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020,
2. Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych.

I. W związku z przystąpieniem do projektu pn. "Stop boreliozie!" Nr. Projektu: RPLU.10.03.00-06-0006/19, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach EFS oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:
 - a) Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin dla zbioru nr 1.
 - b) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa dla zbioru nr 2.
- 2) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
 - c) Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2018 r., poz. 1431 z późn. zm.),
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu:
 - a) udzielenia wsparcia uczestnikom projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu – dotyczy zbioru nr 1.
 - b) realizacji projektu, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom Projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych, w ramach Programu – dotyczy zbioru nr 2.
- 4) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania:
 - a) Instytucji Zarządzającej RPO WL 2014-2020, której funkcję pełni Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin,
 - b) Beneficjentowi/partnerom realizującym projekt - SALMED S.C. ul. Wacława Jawoszka 3, 21-010 Łęczna, Lubelski Park Naukowo – Technologiczny S.A. ul. Bohdana Dobrzańskiego 3, 20-262 Lublin, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łęcznej ul. Krasnystawska 52, 21-010 Łęczna,
 - c) Podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - podmiotom, które zostaną wyłonione przez Beneficjenta do realizacji zadań w ramach projektu (nazwa i adres ww. podmiotów)¹.

.....

Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub kontrole i audyt RPO WL 2014-2020 na zlecenie ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej lub beneficjenta.
- 5) Moje dane mogą zostać udostępnione Prezesowi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na podstawie art. 71 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 w związku z realizacją zadań wynikających z art. 50 ust. 3a i 3c ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 300, z późn. zm.).
- 6) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

¹ Podpunkt c należy wykazać, w przypadku, gdy beneficjent powierzył przetwarzanie danych osobowych podwykonawcy.



- 7) W terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
- 8) W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. Mojego statusu i sytuacji na rynku pracy, a także informacje na temat: udziału w kształceniu lub szkoleniu, uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji oraz innych zmian, które nastąpiły w procesie aktywizacji społeczno-zawodowej².
- 9) Moje dane osobowe będą przetwarzane w Centralnym systemie teleinformatycznym SL2014 zgodnie z *Wytycznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
- 10) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 11) Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres email: iod@lubelskie.pl (IOD w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Lubelskiego) lub iod@miir.gov.pl (IOD w Ministerstwie Inwestycji i Rozwoju).
- 12) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 13) Mam prawo dostępu do treści swoich danych.
- 14) Mam prawo żądania sprostowania swoich danych lub żądania ograniczenia ich przetwarzania.
- 15) Mam obowiązek zaktualizować moje dane teleadresowe w przypadku, gdy ulegną one zmianie przed zakończeniem udziału w projekcie.
- 16) Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 17) Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

II. Uwagi dotyczące formularza zgłoszeniowego uczestnika projektu i przetwarzania szczególnych kategorii danych osobowych:

- 1) W celu rozpoczęcia udziału osoby w projekcie niezbędne jest podanie przez nią lub jej opiekuna prawnego danych w zakresie określonym w załączniku nr 13 do *Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
- 2) Osoba zgłaszająca się do projektu może odmówić podania szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie:
 - a) Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
 - b) Osoba z niepełnosprawnościami
 - c) Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej
- 3) Niekompletność danych w ww. zakresie nie oznacza niekwalifikowalności danego uczestnika z wyjątkiem sytuacji, kiedy projekt skierowany jest do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, wówczas odmowa ta skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.

III. Oświadczenie dotyczące podania szczególnych kategorii danych osobowych: (należy zaznaczyć właściwe pole w ramach każdego punktu)

- 1) Czy należysz do mniejszości narodowej lub etnicznej, jesteś migrantem lub osobą obcego pochodzenia?

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
------------------------------	------------------------------	--
- 2) Czy jesteś osobą z niepełnosprawnościami?

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
------------------------------	------------------------------	--
- 3) Czy jesteś osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej niż wymienione powyżej w punktach 1 i 2 (może to być np. bezdomność, wykluczenie z dostępu do mieszkań, pochodzenie z obszarów wiejskich, wykształcenie poniżej podstawowego pomimo wieku typowego dla ukończenia szkoły podstawowej lub inne cechy powodujące wykluczenie społeczne)?

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
------------------------------	------------------------------	--

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/czki Projektu

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Opiekuna prawnego Uczestnika/czki Projektu

² Dotyczy projektów, w których występuje obowiązek monitorowania efektywności zatrudnieniowej, społecznej lub zawodowej.