

Załącznik nr 5 do umowy: Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania

Rzeczpospolita
PolskaUnia Europejska
Europejski Fundusz SpołecznyInformacje o projekcie

Numer umowy/ decyzji /aneksu *		Nazwa beneficjenta *	
POWR.03.01.00-00-P015/18		Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego	
		Nazwa uczelni:	
Tytuł projektu *			
Szkoła Orłów			
Wniosek za okres		Okres realizacji projektu	
		01.03.2018	31.12.2022

Dane instytucji otrzymujących wsparcie – dane podstawowe

Kraj *	Nazwa instytucji *	NIP *
Polska		
Brak NIP		Tak/Nie
Typ instytucji *		w tym
uczelnia lub jednostka organizacyjna uczelni		X

Dane instytucji otrzymujących wsparcie – dane teleadresowe

Województwo *	Powiat *	Gmina *
Miejscowość *	Ulica	
Nr budynku *	Nr lokalu	Kod pocztowy *
Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	Telefon kontaktowy *	Adres e-mail *

* - Pole wymagane w programie SL2014 (zaznaczone czerwonym obramowaniem) – prośba o obowiązkowe wypełnienie

Szczegóły i rodzaj wsparcia

Data rozpoczęcia udziału w projekcie *	Data zakończenia udziału w projekcie
Czy wsparciem zostali objęci pracownicy instytucji? *	Tak / Nie
Rodzaj przyznanego wsparcia *	W tym
Data rozpoczęcia udziału we wsparciu *	Data zakończenia udziału we wsparciu

Dane uczestników projektów otrzymujących wsparcie – indywidualni i pracownicy instytucji – dane uczestnika

Kraj *	Rodzaj uczestnika *	Nazwa instytucji *
POLSKA	Indywidualny	
Imię *	Nazwisko *	PESEL *
Brak PESEL	Tak/Nie	
Płeć *	Wiek w chwili przystąpienia do projektu *	Wykształcenie *
<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna		<input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Wyższe

Dane kontaktowe

Województwo *	Powiat *	Gmina *

* - Pole wymagane w programie SL2014 (zaznaczone czerwonym obramowaniem) – prośba o obowiązkowe wypełnienie

Miejscowość *	Ulica	
Nr budynku *	Nr lokalu	Kod pocztowy *
Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	Telefon kontaktowy *	Adres e-mail *

Szczegóły i rodzaj wsparcia

Data rozpoczęcia udziału w projekcie *	Data zakończenia udziału w projekcie
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu *	W tym
4.OSOBA PRACUJĄCA	<input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> w MMŚP <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek
Wykonywany zawód *	Zatrudniony w *
<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	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

* - Pole wymagane w programie SL2014 (zaznaczone czerwonym obramowaniem) – prośba o obowiązkowe wypełnienie

rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wspierania ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik	
Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie
Inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM)	
Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	
Rodzaj przyznanego wsparcia	W tym
Data rozpoczęcia udziału we wsparciu	Data zakończenia udziału we wsparciu
Data założenia działalności gospodarczej	Kwota środków przyznaných na założenie działalności gospodarczej
PKD założonej działalności gospodarczej	

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia *	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań *	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami *	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) *	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

.....
 CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

* - Pole wymagane w programie SL2014 (zaznaczone czerwonym obramowaniem) – prośba o obowiązkowe wypełnienie