***Załącznik nr 1*** *do* Regulaminu Przyznawania i Wypłacania Stypendiów Szkoleniowych i Stażowych

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY W PROJEKCIE**

**„Własna droga kariery zawodowej”**

realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego

Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020

OŚ PRIORYTETOWA VII REGIONALNY RYNEK PRACY

DZIAŁANIE 7.1 POPRAWA SYTUACJI OSÓB BEZROBOTNYCH NA RYNKU PRACY

|  |
| --- |
| **DANE OBOWIĄZKOWE** |
| **IMIĘ (IMIONA)** |  |
| **NAZWISKO** |  | **NAZWISKO RODOWE** |  |
| **IMIĘ MATKI** |  | **IMIĘ OJCA** |  |
| **DATA URODZENIA** | Dzień |  |  | Miesiąc |  |  | Rok |  |  |  |  |
| **MIEJSCE URODZENIA** |  |
| **OBYWATELSTWO** |  |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NIP** |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  | - |  |  |
| **ADRES ZAMELDOWANIA** |
| Miejscowość |  | Ulica |  |
| Nr budynku |  | Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  | Poczta |  |
| Gmina |  | Powiat |  |
| Województwo |  | Telefon |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| Miejscowość |  | Ulica |  |
| Nr budynku |  | Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  | Poczta |  |
| Gmina |  | Powiat |  |
| Województwo |  |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI** |
| Miejscowość |  | Ulica |  |
| Nr budynku |  | Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  | Poczta |  |
| Gmina |  | Powiat |  |
| Województwo |  |
| **OŚWIADCZENIE O ZGODNOŚCI DANYCH**  |
| Oświadczam, że dane zawarte powyżej są zgodne z dowodem osobistym albo innym dowodem tożsamości (jakim?) ……………………………………………………………………………………………….. |
| Seria i nr dokumentu |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Data (dd-mm-rrrr) |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |
| Organ wydający |  |
| Miejsce wydania |  |
| **Data i podpis osoby składającej oświadczenie – stażysty:…………………………………………………**Jednocześnie zobowiązuję się do każdorazowego powiadomienia Realizatora Stażu o zmianie wykazanych danych osobowych. |
| **URZĄD SKARBOWY** |
| Nazwa |  |
| Adres |  |
| **Oddział NFZ** |  |
| **PRAWO DO RENTY**(zaznaczyć odpowiedni kwadrat znakiem „X”) | Mam ustalone prawo do renty TAK ☐ NIE ☐ |
| **POSIADANE ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**Proszę załączyć ksero orzeczenia lekarskiego.(zaznaczyć odpowiedni kwadrat znakiem „X”) | 1. Nie posiadam orzeczenia o stopniu

 Niepełnosprawności ☐1. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w stopniu:
* lekkim ☐
* umiarkowanym ☐
* znacznym ☐
 |
| **OŚWIADCZENIE O NUMERZE RACHUNKU BANKOWEGO** |
| Proszę o przekazywanie stypendium szkoleniowego, stażowego, zwrot kosztów dojazdu na poradnictwo zawodowe, pośrednictwo pracy, szkolenia, staż oraz zwrot kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną w czasie odbywania stażu na niżej podany rachunek bankowy:Nazwa i adres Banku:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………..Pełny Nr rachunku (26 cyfr wpisywanych bez spacji): |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jednocześnie zobowiązuję się do każdorazowego powiadomienia Realizatora Stażu o zmianie rachunku bankowego. |

…………………………………………………………………

Data i podpis osoby składającej kwestionariusz- stażysta