**DANE EWIDENCYJNE UCZESTNIKA PROJEKTU**

**PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI**

1. Nazwisko ……………………………………….
2. Imiona …………………………………….........
3. Nazwisko rodowe ……………………………..
4. Obywatelstwo ………………………………....
5. Data i miejsce urodzenia …………………………………………………….
6. Dowód osobisty (seria i numer) …………..............................................
7. PESEL ………………………………………….
8. Adres zameldowania:
9. miejscowość ………………………………
10. ulica ………………………………… c) nr domu ………. d) nr lokalu …………......

e) kod pocztowy ………………..……. f) poczta ………………………...……….………

1. Adres zamieszkania:

a) miejscowość ………………………………

b) ulica ………………………………… c) nr domu ………. d) nr lokalu …………......

* 1. kod pocztowy ………………..……. f) poczta ………………………...……….………
1. Narodowy Fundusz Zdrowia (oddział) …………………………………………………………
2. Jestem osobą zarejestrowaną w Urzędzie Pracy i posiadam prawo do zasiłku: TAK / NIE \*

JEŚLI ZAZNACZONO TAK:

Okres pobierania zasiłku z Urzędu Pracy ….…………….…………………………

1. Pobieram emeryturę / rentę. \*

Rodzaj renty ……………………………………………………………………….

Okres pobierania renty ….……………………….………………………..………

Stopień niepełnosprawności (jeśli dotyczy) ……………………………………….

*Osoba objęta ubezpieczeniem społecznym z tytułu pobierania renty lub emerytury ma prawo do objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym z tytułu otrzymywania stypendium szkoleniowego lub stażowego.*

Wnoszę / nie wnoszę \* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym.

1. Data szkolenia …………………………………..…….….
2. Data stażu zawodowego ………………………………

 ………………..………………………….

 (data i podpis)

\*niepotrzebne skreślić