



Dane szczegółowe uczestnika

Imię i nazwisko

.....

Stopień niepełnosprawności z tytułu utraty wzroku

.....

Wykształcenie:*

- podstawowe
- zawodowe
- policealne
- niepełne podstawowe
- gimnazjalne
- średnie
- wyższe

Zatrudnienie:*

- nieaktywny zawodowo
- poszukujący pracy, niezatrudniony,
- zatrudniony w ZAZ
- zatrudniony na otwartym rynku pracy,
- poszukujący pracy, zatrudniony,
- bezrobotny,
- zatrudniony w ZPCH,

Rejestracja w Powiatowym Urzędzie Pracy:*

- zarejestrowany,
- niezarejestrowany

Uczestnictwo w Warsztacie Terapii Zajęciowej:*

- uczestnik WTZ,
- absolwent WTZ,
- nie byłem w WTZ

Miejsce zamieszkania:*

- miasto do 20 tys. mieszkańców,
- miasto powyżej 20 do 50 tys. mieszkańców,
- miasto powyżej 50 do 100 tys. mieszkańców,
- miasto powyżej 100 tysięcy mieszkańców,
- wieś

* Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź