



Formularz pacjenta  
„Program badań przesiewowych RZS w Centrum Reumatologii w Ustroniu.”  
Nazwa otrzymanego wsparcia: usługi medyczne.

1. Imię ..... Nazwisko.....
2. PESEL..... Płeć: K M
3. Wiek w chwili przystąpienia do programu .....
4. Województwo..... Powiat .....
5. Gmina ..... Miejscowość .....
6. Kod pocztowy ..... Ulica i nr domu .....
7. Tel. Kontaktowy ..... Adres e-mail .....
8. Poziom wykształcenia:

Zaznacz X we właściwej kratce:	
Niższe niż podstawowe (ISCED 0)	
Podstawowe (ISCED1)	
Gimnazjalne (ISCED 2)	
Ponadgimnazjalne (ISCED 3)	
Policealne(ISCED 4)	
Wyższe (ISCED 5-8)	

9. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu. Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:
  - Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
    - W tym: długotrwale bezrobotna\*
    - inne
  - Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
    - W tym: długotrwale bezrobotna\*
    - Inne
  - Osoba bierna zawodowo
    - Inne
    - Ucząca się
    - Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
  - Osoba pracująca
    - Osoba pracująca w administracji rządowej
    - Inne
    - Osoba pracująca w mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie (do 250 os. )
    - Osoba pracująca w organizacji pozarządowej
    - Osoba prowadząca działalność na własny rachunek
    - Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
  - Wykonywany zawód:
    - Inny
    - Instruktor praktycznej nauki zawodu
    - Nauczyciel kształcenia ogólnego
    - Nauczyciel wychowania przedszkolnego
    - Nauczyciel kształcenia zawodowego
    - Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia



