|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**Questionnaire individuel concernant chaque participant d’une opération cofinancée par le Fonds Social Européen (FSE)**

**- ENTRÉE DANS L’OPÉRATION -**

Vous participez à une opération cofinancée par le Fonds Social Européen (FSE) sur la période 2014-2020.

Les données contenues dans ce questionnaire sont recueillies pour le compte du Conseil Régional Auvergne Rhône-Alpes, par le porteur de l’opération bénéficiant du cofinancement du FSE. Celui-ci s’engage à respecter la confidentialité des informations que vous allez donner. Ces données seront traitées de façon anonyme à des fins de suivi et d’évaluation des opérations soutenues par le Fonds Social Européen.

La Région s'engage à ce que la collecte et le traitement de vos données soient conformes au règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978. La Région Auvergne Rhône-Alpes est responsable du traitement de ces données. Les informations recueillies font l’objet d’un traitement informatique destiné : à la Région, au Commissariat général à l’égalité des territoires et à la Commission européenne.

Vous bénéficiez d’un droit d’accès, de rectification et de limitation du traitement dont vous trouverez les modalités sur la notice qui doit vous être remise par le porteur de l’opération.

Pour la qualité du suivi et de l’évaluation des actions, il est important que vous répondiez précisément à toutes les questions suivantes, en écrivant lisiblement. Pour certaines d’entre elles, vous aurez la possibilité de répondre «Ne souhaite pas répondre ».

Toutes les informations demandées sont à renseigner au regard de **votre** **situation à l’entrée dans l’action.**

*A renseigner par le porteur de projet*

**Date d’entrée dans l’opération :** …………………….…..……………..……….. *[jj/mm/aaaa]*

**Nom de l’opération** : Promotion des CAE et Accompagnement des Entrepreneurs-Salariés des CAE

**Nom de la structure** : 10 – Graines de SOL

**I – IDEN**

**TIFICATION DU PRRTICIPANT**

**I – IDENTIFICATION DU PARTICIPANT A l’ENTRÉE DANS L’OPÉRATION**

Nom *(en capitales)* : .………………………………...……….…………………………………………………………..……………..…..

Prénom *(en capitales)* ….…………………………………….………………………………………………………………..……………

Date de naissance : ………………… *(jj/mm/aaaa)*

Sexe : homme □ femme □

Adresse (n° et nom de rue) ………………………………………………………………………………………………………......…...

……………….……………….………………………………………………………………………………………………………….……

Code postal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Commune de résidence :………………………………..…………………….………………..….…..

N° de téléphone mobile : …………………………….……. domicile : ………………………………

Courriel : ………………..……………….…………@.............................………..………………………

**II – SITUATION DU PARTICIPANT A l’ENTRÉE DANS L’OPÉRATION**

**Question 1. Quel est votre statut sur le marché du travail à l'entrée dans l'opération ?**

□ en emploi (y compris indépendant, chef d’entreprise)

□ en recherche d'emploi - chômeur de longue durée (+ 6 mois pour une personne de - de 25 ans et + de 12 mois pour les + de 25 ans)

□ en recherche d'emploi - non chômeur de longue durée

□ inactif - en formation ou suivant des études

□ inactif - ni en formation, ni en enseignement, ni en étude

**Question 2. Quel est votre niveau d'instruction (diplôme le plus élevé) ?**

□ inférieur à l'école primaire, vous n'êtes jamais allé à l'école

□ primaire, 6ème, 5ème, 4ème, 3ème (secondaire 1er cycle), Brevet des collèges, CAP, BEP, 2nde professionnelle (technique cycle court)

□ baccalauréat général (L,ES,S,A à E), technologique (F,G,H,STG,STI, ..), bac Pro, brevet professionnel (BP)

□ DEUG, BTS, DUT, écoles d'infirmières, licence (L3), maîtrise, Grande école, école d'ingénieur, de commerce, master (recherche ou professionnel) (M2), DEA, DESS, Doctorat

**Question 3. Avez-vous une reconnaissance officielle d'un handicap ?** (allocation, pension ou carte d'invalidité)

□ Oui

□ Non

□ Ne souhaite pas répondre / ne sait pas

**Question 4. Etes-vous allocataire de minima sociaux** **?** (revenu de solidarité active, allocation spécifique de solidarité, allocation temporaire d'attente, …) ?

□ Oui

□ Non

□ Ne souhaite pas répondre / ne sait pas

**Question 5. Etes-vous migrant ou d’origine étrangère (né étranger à l’étranger ou un de vos deux parents né à l’étranger) ?**

□ Oui

□ Non

□ Ne souhaite pas répondre / ne sait pas

**Question 6. Etes-vous sans domicile fixe ou menacé(e) de perdre votre logement ?**

□ Oui

□ Non

□ Ne souhaite pas répondre / ne sait pas

Nous vous remercions d’avoir consacré quelques minutes pour répondre à ce questionnaire.

Je soussigné Mme / M.………………………………….…déclare sur l’honneur l’exactitude des renseignements communiqués dans ce document.

Le………………………..

à …………………………

*Signature*