

Załącznik nr 1

FORMULARZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU

„MEDI+: Centrum Doskonalenia Kompetencji Uniwersytetu im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu”  
POWR.03.01.00-00-K303/16-00

DANE UCZESTNIKA			
Kraj			
Imię		Nazwisko	
Pesel		Płeć	Kobieta      Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu			
Wykształcenie			
Gimnazjalne	Policealne	Ponadgimnazjalne	Wyższe
DANE KONTAKTOWE			
Województwo	Powiat	Gmina	
Miejscowość	Ulica	Nr budynku	Nr lokalu
Kod pocztowy	Nr telefonu	Email	
SZCZEGÓŁY WSPARCIA			
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu			
<b>Bezrobotny</b>	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		
	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		
	Osoba bierna zawodowo	Osoba ucząca się	
		Osoba nieuczestnicząca w szkoleniu lub kształceniu	
<b>Zatrudniony</b>	Osoba pracująca w administracji rządowej		
	Osoba pracująca w administracji samorządowej		
	Inne		
	Osoba pracująca w MMŚP		
	Osoba pracująca w organizacji pozarządowej		
	Osoba prowadząca działalność na własny rachunek		
	Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie		
<b>Wykonywany zawód</b>	Inny		
	Pielęgniarka/Pielęgniarz		
	Położna		
	Fizjoterapeuta/Fizjoterapeutka		
	Lekarz/Lekarka		
<b>Miejsce pracy</b>			
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU			
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia		Nie	
		Odmowa podania informacji	
		Tak	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z		Nie	

dostępu do mieszkań	Tak
Osoba z niepełnosprawnościami	Nie
	Odmowa podania informacji
	Tak
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	Nie
	Tak
W tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	Nie
	Tak
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	Nie
	Tak
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione)	Nie
	Odmowa podania informacji
	Tak

Preferowane miejsca zagranicznego wyjazdu studyjnego (Anglia, Francja, Niemcy):

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Preferowane miejsca krajowego wyjazdu studyjnego:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

**Preferowane kursy (proszę wybrać jeden z poniższych, dotyczy kierunku fizjoterapia)**

- PNF Basic
- McKenzie (wszystkie moduły)

**Oświadczam, że:**

1. Deklaruję udział w Projekcie „MEDI+: Centrum Doskonalenia Kompetencji Uniwersytetu im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu”
2. Zostałem/am poinformowany/a, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój;
3. Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń i jednocześnie potwierdzam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą,
4. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie, tj. – jestem studentem ..... roku kierunku..... Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
5. Zapoznałem(am) się z Regulaminem Uczestnictwa w Projekcie „MEDI+: Centrum Doskonalenia Kompetencji Uniwersytetu im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu”
6. Zobowiązuję się do korzystania ze wsparcia w postaci szkoleń/warsztatów/projektów/wizyt studyjnych organizowanych przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w ramach Projektu.

.....

**Czytelny podpis uczestnika**