**FORMULARZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU**

 **„Uniwersytet z Misją - Zintegrowany Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 zgodnie z umową o dofinansowanie nr POWR. POWR.03.05.00-00-Z068/18**

**Zadanie nr 1: „Zajęcia symulacyjne – zdjęcia rtg struktur zakrzywionych szczęki i żuchwy” – I edycja**

|  |
| --- |
| **DANE UCZESTNIKA** |
| Kraj |   |
| Imię | Nazwisko |
| Pesel | Płeć | Kobieta | Mężczyzna |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |   |
| Wykształcenie |
| Niższe niż podstawowe (ISCED 0) | Podstawowe (ISCED 1) | Gimnazjalne(ISCED 2) |
| Ponadgimnazjalne (ISCED 3) | Policealne (ISCED 4) | Wyższe (ISCED 5-8) |
| **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** |
| **Bezrobotny** | 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 |
| **Zatrudniony** | 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 |
| **Wykonywany zawód** | Inny |
| Instruktor praktycznej nauki zawodu |
| Nauczyciel kształcenia ogólnego |
| Nauczyciel wychowania przedszkolnego |
| Nauczyciel kształcenia zawodowego |
| Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia |
| Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej |
| Pracownik instytucji rynku pracy |
| Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego |
| Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej |
| Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej |
| Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej |
| Rolnik |
| **Miejsce pracy** |  |
| **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 dostępu do mieszkań | Nie |
| Tak |
| Osoba z niepełnosprawnościami | Nie |
| Odmowa podania informacji |
| Tak |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione) | Nie |
| Odmowa podania informacji |
| Tak |

Oświadczam, że

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu „*Uniwersytet z Misją – Zintegrowany Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*” akceptuję jego warunki,
2. Zostałem/am poinformowany/a, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020,
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. Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie,
5. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie.

**…………………………………………………….**

**Czytelny podpis uczestnika**

**Tabela uzupełniana przez Biuro Projektu**

|  |
| --- |
| **Data wpływu formularza** |
|  |