**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** |
|  |