**FORMULARZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU**

***Szkolenie o niepełnosprawności – poziom zaawansowany* realizowany w ramach projektu „Uniwersytet z Wyobraźnią - program zwiększenia dostępności UMP dla studentów niepełnosprawnych” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 zgodnie z umową o dofinansowanie nr POWR. POWR.03.05.00-00-A064/20**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu „*Uniwersytet z Wyobraźnią – Program zwiększenia dostępności UMP*

*dla studentów niepełnosprawnych”* akceptuję jego warunki,

1. Zostałem/am poinformowany/a, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020,
2. Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń i jednocześnie potwierdzam,

że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą,

1. Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z

zakwalifikowaniem do udziału w projekcie,

1. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Czytelny podpis uczestnika Tabela uzupełniana przez Biuro Projektu**

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