

Załącznik nr 3. Formularz Uczestnika Projektu



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



FORMULARZ UCZESTNIKA PROJEKTU

FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE (NAJLEPIEJ DRUKOWANYMI LITERAMI) A ODPOWIEDNIE POLA ZAZNACZYĆ ZNAKIEM "X"																
Dane uczestnika																
Kraj																
Rodzaj uczestnika	Uczestnik indywidualny															
Imię i nazwisko																
PESEL	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <input type="checkbox"/> brak PESEL															
Płeć (proszę wstawić znak "X" przy wybranej pozycji)	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna															
Wiek w chwili przystąpienia do Projektu																
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> wyższe															
Dane kontaktowe																
Województwo																
Powiat																
Gmina																
Miejscowość																
Ulica																
Numer budynku																
Numer lokalu																
Kod pocztowy																
Telefon kontaktowy																
Adres e-mail																

Szczegóły wsparcia	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu (proszę wstawić znak "X" przy wybranej pozycji)	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
	Osoba bierna zawodowo: <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
	Osoba pracująca: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
Wykonywany zawód (proszę wstawić znak "X" przy wybranej pozycji)	<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik
Zatrudniony w:	
Status uczestnika Projektu w chwili przystąpienia do Projektu (proszę wstawić „X” przy wybranej pozycji)	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

	Osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak

Podanie informacji jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości otrzymania wsparcia w ramach Projektu.

Informuję, że zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu pt. „Kształcenie lekarzy w Centrum Zaawansowanych Technik Operacyjnych Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii dla potrzeb otolaryngologii, rynchirurgii, fonochirurgii, chirurgii oczodołu, chirurgii szczękowej, chirurgii podstawy czaszki” i akceptuję jego zapisy.

.....
Data

.....
Czytelny podpis Uczestnika Projektu