

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" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></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	
<p>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu (proszę wstawić znak "X" przy wybranej pozycji)</p>	<p>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy:</p> <p><input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p>
	<p>Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy:</p> <p><input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p>
	<p>Osoba bierna zawodowo:</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p> <p><input type="checkbox"/> osoba ucząca się</p> <p><input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</p>
	<p>Osoba pracująca:</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej</p> <p><input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie</p>
<p>Wykonywany zawód (proszę wstawić znak "X" przy wybranej pozycji)</p>	<p><input type="checkbox"/> inny</p> <p><input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia</p> <p><input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej</p> <p><input type="checkbox"/> rolnik</p>
<p>Zatrudniony w:</p>	
<p>Status uczestnika Projektu w chwili przystąpienia do Projektu (proszę wstawić „X” przy wybranej pozycji)</p>	<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p>

	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