**Kształcenie lekarzy w Centrum Zaawansowanych Technik Operacyjnych Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii dla potrzeb otochirurgii, rynochirurgii, fonochirurgii, chirurgii oczodołu, chirurgii szczękowej, chirurgii podstawy czaszki. nr POWR.05.04.00-00-0156/18-00.**

**FORMULARZ UCZESTNIKA PROJEKTU**

|  |
| --- |
| **Dane uczestnika projektu** |
| **Kraj** | Kraj zamieszkania | **Rodzaj Uczestnika** | Uczestnik indywidualny |
| **Imię i nazwisko** |  Pełne imię i nazwisko |
| **PESEL** | Wybierz element | Wpisz posiadany numer PESEL |
| **Płeć** | Wybierz element | **Wiek w chwili przystąpienia do Projektu** | Wiek | **Wykształcenie** | [ ] wyższe |
| **Dane kontaktowe** |
| **Województwo** | Wybierz element |
| **Powiat** | Nazwa powiatu | **Gmina** | Nazwa gminy |
| **Miejscowość** | Pełna nazwa miejscowości | **Kod pocztowy** | Kod pocztowy |
| **Ulica** | Wprowadź pełną nazwę ulicy |
| **Numer budynku** | Numer budynku | **Numer lokalu** | Numer lokalu |
| **Telefon kontaktowy** | Numer telefonu |
| **Adres e-mail** | Adres e-mail |
| **Szczegóły wsparcia** |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu**  | **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy:**\*Wybierz element |
|  **Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy:**\*Wybierz element |
| **Osoba bierna zawodowo:\***Wybierz element |
| **Osoba pracująca:**Wybierz element |
| **Wykonywany zawód** | Wybierz element |
| **Zatrudniony w:**  |  Nazwa zakładu pracy |
| **Status uczestnika Projektu w chwili** **przystąpienia do Projektu** | **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia**Wybierz element | **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań**Wybierz element |
| **Osoba z niepełnosprawnościami**Wybierz element | **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej**Wybierz element |

*Podanie informacji jest dobrowolne, jednak 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 otochirurgii, rynochirurgii, fonochirurgii, chirurgii oczodołu, chirurgii szczękowej, chirurgii podstawy czaszki” akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do ich przestrzegania.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Data* |  | *Podpis Uczestnika Projektu* |