**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* |