**FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI   
W PROJEKCIE**

pn: „Opracowanie i wdrożenie Programu Rozwojowego PWSZ im. Witelona w Legnicy dla kierunku Pielęgniarstwo na studiach I stopnia wraz z Programem Rozwojowym Absolwenta” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

**FORMULARZ PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane uczestnika** | Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Płeć | □KOBIETA □MĘŻCZYZNA |
| PESEL |  |
| Wykształcenie |  |
| **Dane kontaktowe** *adres kontaktowy (korespondencyjny)* | Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Gmina |  |
| Powiat |  |
| Województwo |  |
| Telefon komórkowy |  |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  |
| **Dane dodatkowe** | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | □ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  □ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  □ osoba bierna zawodowo  □ osoba pracująca  w tym:  □ 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 szkolnictwa wyższego  □ pracownik systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej  □ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej  □ pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej  □ rolnik |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie (wypełnia pracownik ds. admin.) |  |
| Data zakończenia udziału w projekcie (wypełnia pracownik ds. admin.) |  |
| Zakończenie udziału we wsparciu zgodnie z zaplanowaną ścieżką (wypełnia pracownik ds. admin.) | □TAK □NIE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pozostałe dane**  *Proszę zaznaczyć TAK, NIE lub ODMOWA PODANIA INFORMACJI* | | |
| 1 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | ⬜ Tak |
| ⬜ Nie |
| ⬜ Odmowa podania informacji |
| 2 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem  z dostępu do mieszkań | ⬜ Tak |
| ⬜ Nie |
| 3 | Osoba z niepełnosprawnościami | ⬜ Tak |
| ⬜ Nie |
| ⬜ Odmowa podania informacji |
| 4 | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | ⬜ Tak |
| ⬜ Nie |
| ⬜ Odmowa podania informacji |

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | ……………………………………….......................... |
| *Miejscowość, data* | *czytelny podpis kandydata/kandydatki do udziału  w projekcie* |