

Załącznik nr 2.5 do Umowy o staż

FORMULARZ UCZESTNIKA PROJEKTU

„Program wzmocnienia potencjału dydaktycznego Uczelni na rzecz rozwoju regionalnego”

POWR.03.05.00-00-ZR10/18

współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

REALIZATOR	Akademia Ignatianum w Krakowie
TYTUŁ PROJEKTU	Program wzmocnienia potencjału dydaktycznego Uczelni na rzecz rozwoju regionalnego
NUMER PROJEKTU	POWR.03.05.00-00-ZR10/18
PRIORYTET	Oś Priorytetowa III Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju PO WER 2014-2020
DZIAŁANIE	Działanie 3.5 Kompleksowe programy szkół wyższych

UWAGA:

- Formularz powinien być wypełniony elektronicznie lub odręcznie w sposób czytelny DRUKOWANYMI LITERAMI.
- W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.
- Każde pole powinno zostać wypełnione, w przypadku gdy dane pole nie dotyczy Uczestnika należy umieścić adnotację „Nie dotyczy”.

INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA PROJEKTU		
Imię (Imiona):		
Nazwisko:		
Płeć:	☐ kobieta	☐ mężczyzna
Data urodzenia:		
PESEL:	☐ nr	
Telefon kontaktowy		
Adres e-mail:		
Wykształcenie:	☐ policealne ¹	☐ wyższe
Dane kontaktowe (adres zamieszkania w rozumieniu Kodeksu Cywilnego):		
Ulica:		
Numer domu:		
Numer lokalu:		

¹ Szkoły policealne

Projekt „Program wzmocnienia potencjału dydaktycznego Uczelni na rzecz rozwoju regionalnego” jest współfinansowany w ramach Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego.



Kod pocztowy:		
Miejscowość:		
Gmina:		
Powiat:		
Województwo:		
Kraj:		
Obszar zamieszkania:	☐ miejski	☐ wiejski
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż zamieszkania):		
Status uczestnika w chwili przystąpienia do Projektu		
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	☐ osoba bierna zawodowo (osoba ucząca się)	
	☐ osoba pracująca: w tym: ☐ osoba pracująca w administracji rządowej ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej ☐ osoba pracująca w MŚP ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie ☐ inne	
Wykonywany zawód	☐ 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 instytucji szkolnictwa wyższego ☐ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej ☐ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej ☐ pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej ☐ rolnik ☐ inny	
Zatrudniony w:	 (nazwa przedsiębiorstwa)	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa podania informacji	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	☐ tak ☐ nie ☐ brak danych	



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej):	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa podania informacji

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie.

Świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym do projektu są zgodne z prawdą.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS

Wypełniają tylko osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności:

Oczekiwane formy wsparcia w ramach Projektu (np. doradztwo zawodowe, dostosowanie infrastruktury, udostępnienie specjalistycznego wyposażenia):

.....

Dokumenty:

1. Opcjonalnie – orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.