Załącznik nr 3 do Regulaminu

**Dane uczestnika otrzymującego wsparcie w ramach projektu:**

**„Wzmocnienie praktycznych kompetencji studentów kierunku lekarskiego**

**Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA** | | | | | | | | | | | | |
| **Imię / Imiona:** |  | | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko:** |  | | | | | | | | | | | |
| **PESEL:** |  | | | | | | | | | | | |
| **Płeć** | ☐ kobieta | | | | | | | ☐ mężczyzna | | | | |
| **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** |  | | | | **Kraj obszaru zamieszkiwania** | | | | |  | | |
| **Wykształcenie:** | |  | | --- | | ☐  niższe podstawowe | | | |  | | --- | | ☐ podstawowe | | | |  | | --- | | ☐ gimnazjalne | | | | |  | | --- | | ☐ ponadgimnazjalne (ukończona szkoła średnia) | | | |  | | --- | | ☐ policealne (ukończone studium) | | | |  | | --- | | ☐  wyższe | |
| **DANE KONTAKTOWE** | | | | | | | | | | | | |
| **Województwo** | |  | | | | **Powiat** | | |  | | | |
| **Gmina** | |  | | | | **Miejscowość** | | |  | | | |
| **Ulica** | |  | | | | **Kod Pocztowy** | | |  | | | |
| **Nr budynku** | |  | | | | **Nr lokalu** | | |  | | | |
| **Tel. kontaktowy** | |  | | | | **Adres e-mail** | | |  | | | |
| |  | | --- | | **SZCZEGÓŁY WSPARCIA** | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | | |  | | --- | | ☐ |   osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | | |  | | --- | | ☐ |   osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | | |  | | --- | | ☐ |   osoba bierna zawodowo (STUDENT) | | | | |  | | --- | | ☐ |   osoba pracująca | |
| **zatrudniony/a w1:** |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | | | |
| |  | | --- | | **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 | | |
| |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **Osoba z niepełnosprawnościami** | | | |  | | --- | | ☐ Tak | | |  | | --- | | ☐ Nie | | |  | | --- | | ☐ Odmowa podania informacji | |
| **W przypadku osób z niepełnosprawnościami:**  Czy Instytucja Przyjmująca powinna spełnić szczególne wymagania wobec Pana/Pani :  ☐ Tak ☐ Nie  Jakie:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)** | | | |  | | --- | | ☐ Tak | | |  | | --- | | ☐ Nie | | |  | | --- | | ☐ Odmowa podania informacji | |

1 Wypełnić gdy w punkcie „Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu” zaznaczono odpowiedź: „osoba pracująca”.

Oświadczam że:

1. Zapoznałem/-am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

2. W przypadku zakończenia udziału w Projekcie przed zakończeniem zadeklarowanej ścieżki wsparcia, zobowiązuję się do zwrotu kosztów poniesionych przez UMB na wszystkie formy wsparcia tego Uczestnika na warunkach określonych w Regulaminie.

3. Spełniam wszystkie kryteria wymagane do udziału w projekcie.

4. Wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby realizacji projektu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych.

5. Poinformowano mnie, iż uczestniczę w projekcie współfinansowanym przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

6. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**data i czytelny podpis**

***Data pierwszego wsparcia*** *(wypełnia upoważniony członek Zespołu Projektowego):*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**