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 ☐ NieJakie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **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):*

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