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

**„Interdyscyplinarne, międzynarodowe studia doktoranckie w zakresie biologii medycznej i nauk**

**farmaceutycznych na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku”**

|  |
| --- |
| **DANE UCZESTNIKA** |
| **Imię / Imiona:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Kraj obszaru zamieszkiwania:** |  | **Wykształcenie:** | ☐ 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*1* |
| ***1 Wypełnić w przypadku osoby pracującej:*** |
| **Wykonywany zawód:** |  | **Zatrudniony/a w:** *nazwa instytucji /przedsiębiorstwa* |  |
|

|  |
| --- |
| **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  |

 |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)** |

|  |
| --- |
|  ☐ Tak  |

 |

|  |
| --- |
|  ☐ Nie  |

 |

|  |
| --- |
|  ☐ Odmowa podania informacji  |

 |
| Oświadczam, że: 1. Spełniam wszystkie kryteria wymagane do udziału w projekcie, tj.: jestem uczestnikiem/uczestniczką Interdyscyplinarnych, międzynarodowych studiów doktoranckich w zakresie biologii medycznej i nauk farmaceutycznych na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku.
2. Zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany w ramach Osi priorytetowej III Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014 -2020, Działanie 3.2 Studia doktoranckie, na podstawie umowy o dofinansowanie nr UDA-POWR.03.02.00-00-I051/16-00 jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.
5. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
 |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 data i czytelny podpis

***Wypełnia upoważniony członek Zespołu Projektowego:***

|  |  |
| --- | --- |
| **Data rozpoczęcia udziału w projekcie** |  |
| **Data zakończenia udziału w projekcie** |  |
| **Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa** | * TAK
* NIE
 |
| **Rodzaj przyznanego wsparcia w projekcie** | **Data rozpoczęcia przyznanego wsparcia** | **Data zakończenia przyznanego wsparcia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |