**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** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |