



Załącznik nr 1 do Regulaminu

## **Dane uczestnika otrzymującego wsparcie w ramach projektu: „Zintegrowany Program Kształcenia z wykorzystaniem innowacyjnych metod w zespole stomatologicznym”**

### **I. DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU**

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię/Imiona \_\_\_\_\_

Płeć : K  M

NR PESEL : \_\_\_\_\_

Wiek w chwili przystąpienia do projektu: \_\_\_\_\_

Wykształcenie: niższe niż podstawowe  /podstawowe  /gimnazjalne  /ponadgimnazjalne  /policealne (ukończone studium)  /wyższe

### **II. ADRES ZAMIESZKANIA/DANE TELEADRESOWE**

Ulica \_\_\_\_\_ Nr budynku \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_

Gmina \_\_\_\_\_ Powiat \_\_\_\_\_

Województwo \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### **III. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

1. osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  Tak  Nie
2. osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  Tak  Nie
3. osoba bierna zawodowo (STUDENT)  Tak  Nie
4. osoba pracująca  Tak  Nie

### **IV. STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia  
 Tak  Nie  Odmowa podania informacji
2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  
 Tak  Nie
3. Osoba z niepełnosprawnościami  
 Tak  Nie  Odmowa podania informacji
4. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)  
 Tak  Nie  Odmowa podania informacji

### **V. OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

**Oświadczam że:**

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
2. W przypadku rezygnacji z udziału w projekcie zobowiązuję się do zwrotu kosztów poniesionych przez UMB na utworzenie kierunku Higiena stomatologiczna, zgodnie z warunkami określonymi w „Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w zadaniu 2 (...)”.



3. Spełniam wszystkie kryteria wymagane do udziału w projekcie.
4. Poinformowano mnie, iż uczestniczę w projekcie współfinansowanym przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
6. Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie zdjęć z moim wizerunkiem wykonanych w trakcie realizacji projektu, w celu promocji projektu w przestrzeni publicznej i w mediach poprzez zamieszczanie na stronie i podstronach internetowych UMB: [www.umb.edu.pl](http://www.umb.edu.pl), portalach społecznościowych.

Tak

Nie

---

**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 oraz data rozpoczęcia i zakończenia wsparcia:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_