



Załącznik nr 1 do Regulaminu zad. 6

Dane uczestnika projektu:

„Zintegrowany Program Kształcenia z wykorzystaniem innowacyjnych metod w zespole stomatologicznym”

DANE UCZESTNIKA						
Imię / Imiona:						
Nazwisko:						
PESEL:						
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta			<input type="checkbox"/> mężczyzna		
Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> niższe podstawowe	<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ukończona szkoła średnia)	<input type="checkbox"/> policealne (ukończone studium)	<input type="checkbox"/> wyższe
Kraj obszaru zamieszkiwania						
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	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo (STUDENT)	<input type="checkbox"/> osoba pracująca		
Zatrudniony/a w ¹ :						
Wykonywany zawód:						

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

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji



Oświadczam że:

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
2. W przypadku rezygnacji z udziału w zadeklarowanych formach wsparcia zobowiązuję się do zwrotu kosztów poniesionych przez UMB na te formy wsparcia zgodnie z warunkami określonymi w Regulaminie.
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, 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	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Rodzaj przyznanego wsparcia w projekcie:	Data rozpoczęcia przyznanego wsparcia:	Data zakończenia przyznanego wsparcia: