



Załącznik nr 1 do Regulaminu

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

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

DANE UCZESTNIKA						
<b>Imię / Imiona:</b>						
<b>Nazwisko:</b>						
<b>PESEL:</b>						
<b>Wykształcenie:</b>	<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
<b>Kraj obszaru zamieszkiwania</b>						
DANE KONTAKTOWE						
<b>Województwo</b>			<b>Powiat</b>			
<b>Gmina</b>			<b>Miejscowość</b>			
<b>Ulica</b>			<b>Kod Pocztowy</b>			
<b>Nr budynku</b>			<b>Nr lokalu</b>			
<b>Tel. kontaktowy</b>			<b>Adres e-mail</b>			
SZCZEGÓŁY WSPARCIA						
<b>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</b>	<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		
<b>zatrudniony/a w<sup>1</sup>:</b>			<b>Wykonywany zawód:</b>			

<sup>1</sup> 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			
<b>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</b>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
<b>Osoba z niepełnosprawnościami</b>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)</b>	<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 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:**

<b>Data rozpoczęcia udziału w projekcie:</b>		
<b>Data zakończenia udziału w projekcie</b>		
<b>Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
<b>Rodzaj przyznanego wsparcia w projekcie:</b>	<b>Data rozpoczęcia przyznanego wsparcia:</b>	<b>Data zakończenia przyznanego wsparcia:</b>