

Załącznik nr 2 do Regulaminu

Deklaracja udziału w projekcie

Dane uczestnika otrzymującego wsparcie w ramach projektu: „Rozwój kompetencji dydaktycznych pracowników Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej UMB”

DANE UCZESTNIKA			
imię			
nazwisko			
PESEL			
płeć	☐ kobieta	☐ mężczyzna	
wiek w chwili przystąpienia do projektu		kraj obszaru zamieszkania	POLSKA
wykształcenie	☐ wyższe		
DANE KONTAKTOWE			
województwo		powiat	
gmina		miejsowość	
ulica		kod pocztowy	
nr budynku		nr lokalu	
telefon kontaktowy		adres e-mail	
SZCZEGÓŁY WSPARCIA			
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	☐ osoba pracująca		
Zatrudniony w:	Uniwersytet Medyczny w Białymstoku		
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			
W przypadku osób z niepełnosprawnościami: Czy Instytucja Przyjmująca powinna spełnić szczególne wymagania wobec Pana/Pani : ☐ Tak ☐ Nie Jakie:			

Projekt „Rozwój kompetencji dydaktycznych pracowników Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej UMB”

współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Działanie 3.4 Zarządzanie w instytucjach szkolnictwa wyższego

.....
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących (jeśli Uczestnik jest osobą pracującą – zaznaczyć odpowiedź NIE) ☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, to czy w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu ☐ Tak ☐ Nie
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu ☐ Tak ☐ Nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) ☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji

Oświadczam że:

1. Zapoznałem/-am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
2. W przypadku zakończenia udziału w Projekcie przed zakończeniem zadeklarowanej ścieżki wsparcia, zobowiązuję się do zwrotu kosztów poniesionych przez UMB na wszystkie formy wsparcia tego Uczestnika na warunkach określonych w Regulaminie.
3. Spełniam wszystkie kryteria wymagane do udziału w projekcie.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby realizacji projektu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych.
5. Poinformowano mnie, iż uczestniczę w projekcie współfinansowanym przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
6. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
data i czytelny podpis

Data pierwszego wsparcia (wypełnia upoważniony członek Zespołu Projektowego):

.....