



Załącznik nr 3 do Regulaminu

Dane uczestnika otrzymującego wsparcie w ramach projektu: „Wysokiej jakości programy stażowe na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku”

DANE UCZESTNIKA						
imię /Imiona						
nazwisko						
PESEL						
płeć	<input type="checkbox"/> kobieta			<input type="checkbox"/> mężczyzna		
wiek w chwili przystąpienia do projektu			kraj obszaru zamieszkania			
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 (kończące studium)	<input type="checkbox"/> 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	<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 w ¹ :						
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRYZYSTĄPIENIA 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						



W przypadku osób z niepełnosprawnościami:

Czy Instytucja Przyjmująca powinna spełnić szczególne wymagania wobec Pana/Pani :

Tak Nie

Jakie:

.....
.....
.....
.....

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

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

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 wykorzystanie i 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):

.....