|  |
| --- |
| **Formularz zgłoszeniowy uczestnika projektu****Rozwój kompetencji miękkich i interpersonalnych u studentów kierunków medycznych** |
| 1. | Kraj |  |
| 2. | Imię  |  |
| 3. | Nazwisko  |  |
| 4. | PESEL (w przypadku jego braku napisać brak) |  |
| 5. | Płeć  | Kobieta/Mężczyzna [[1]](#footnote-1) |
| 6. | Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| 7. | Wykształcenie  |  |
|

|  |
| --- |
| Dane kontaktowe |

 |
| 1. | Województwo |  |
| 2. | Powiat |  |
| 3. | Gmina |  |
| 4. | Miejscowość |  |
| 5. | Ulica |  |
| 6. | Nr budynku |  |
| 7. | Nr lokalu  |  |
| 8. | Kod pocztowy |  |
| 9. | Telefon kontaktowy  |  |
| 10. | Adres e-mail |  |
| **Szczegóły i rodzaj wsparcia** |
| 1. | Status na rynku pracy: |  |
|  | **osoba bierna zawodowo, w tym:** |  |
|  | osoba ucząca się  |  |
|  | Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia  |  |
|  | **osoba pracująca, w tym:** |  |
|  | osoba pracująca w administracji rządowej |  |
|  | osoba pracująca w administracji samorządowej |  |
|  | inne |  |
|  | osoba pracująca w MMŚ |  |
|  | osoba pracująca w organizacji pozarządowej |  |
|  | Osoba prowadząca działalność na własny rachunek |  |
|  | Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie |  |
| . | **wykonywany zawód** |  |
|  | inny |  |
|  | Instruktor praktycznej nauki zawodu |  |
|  | Nauczyciel kształcenia ogólnego |  |
|  | Nauczyciel wychowania przedszkolnego |  |
|  | Nauczyciel kształcenia zawodowego |  |
|  | Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia |  |
|  | Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej |  |
|  | Pracownik instytucji rynku pracy |  |
|  | Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego |  |
|  | Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej |  |
|  | Pracownik wsparcia ekonomii społecznej |  |
|  | Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej |  |
| 4. | Zatrudniony w (pełna nazwa): |  |
|  |  |  |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu[[2]](#footnote-2)** |
| 1. | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | Tak/Nie/ Odmawiam podania informacji |
| 2. | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  | Tak/Nie |
| 3. | Osoba z niepełnosprawnościami  | Tak/Nie/ Odmawiam podania informacji |
| 4. | Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących,  | Tak/Nie |
| 5. | w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu  | Tak/Nie |
| 6. | Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | Tak/Nie |
| 7. | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)  | Tak/Nie/ Odmawiam podania informacji |
| 8. | Proszę przedstawić motywację do uczestniczenia w projekcie. |  |
| 9. | Do wniosku należy dołączyć:1. Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.
 |

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem organizacji wsparcia oraz rekrutacji w ramach projektu: „Rozwój kompetencji miękkich i interpersonalnych u studentów kierunków medycznych” akceptuję jego zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Program Operacyjny WIEDZA EDUKACJA ROZWÓJ 2014-2020 Oś priorytetowa III. Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju, Działanie 3.1. Kompetencje w szkolnictwie wyższym, w ramach podnoszenia kompetencji osób uczestniczących w edukacji na poziomie wyższym odpowiadających potrzebom gospodarki rynku pracy i społeczeństwa.

Oświadczam, że jestem studentem[[3]](#footnote-3)…………………………………………………………………………………… oraz spełniam kryteria kwalifikacyjności uprawniające do udziału w projekcie i z własnej inicjatywy chcę być uczestnikiem/uczestniczką projektu w wybranych terminach kursów.

Przyjmuję do wiadomości, że jako uczestnik projektu zostaję objęty/objęta 12 miesięcznym, monitoringiem losów absolwentów będących uczestnikami projektu.

W związku z powyższym oświadczam iż w przypadku podjęcia zatrudnienia/kontynuowania nauki w ciągu 6 oraz 12 miesięcy od zakończenia kształcenia, powiadomię niezwłocznie o tym fakcie Biuro Projektu, dostarczając jednocześnie zaświadczenia od pracodawcy lub oświadczenie o podjęciu zatrudnienia lub w przypadku kontynuacji kształcenia –zaświadczenie lub kopię umowy zawartej z uczelnią, w której kontynuowane jest kształcenie.

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Warszawski Uniwersytet Medyczny w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku składania oświadczeń niezgodnych z prawdą.

………………………………….. …………………………………..

 Miejscowość i data Podpis uczestnika

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy podać rok, wydział oraz kierunek studiów [↑](#footnote-ref-3)