

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
„MOOC dla nauk o edukacji” POWR.03.01.00-00-W027/18

Załącznik nr 3 do Regulaminu

FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA PROJEKTU
pt. „MOOC dla nauk o edukacji”

DANE PODSTAWOWE UCZESTNIKA PROJEKTU		
Imię		
Nazwisko		
Numer PESEL lub data urodzenia w przypadku braku nr pesel		
Płeć	<i>kobieta / mężczyzna*</i>	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) (<i>liceum, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, zasadnicza szkoła zawodowa</i>) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) (<i>szkoła policealna</i>) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8) (<i>w tym licencjackie</i>)	
DANE KONTAKTOWE		
Województwo	Powiat	Gmina
Miejscowość	Ulica	
Nr budynku	Nr lokalu	Kod pocztowy
Telefon kontaktowy	Adres e-mail	



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
„MOOC dla nauk o edukacji” POWR.03.01.00-00-W027/18

STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY w chwili przystąpienia do projektu		
OSBOBA BEZROBOTNA:	TAK / NIE*	w tym: <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <u>w tym:</u> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <u>w tym:</u> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
OSOBA BIERNIA ZAWODOWO <i>(nie pracuje, nie jest zarejestrowany/-a w Powiatowym/Miejskim Urzędzie Pracy i nie poszukuje pracy, w tym STUDENT/KA)</i>	TAK / NIE*	w tym: <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne
OSOBA PRACUJĄCA:	TAK / NIE*	w tym osoba pracująca w: <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w MMŚP <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne wykonywany zawód: <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny zatrudniony w: (nazwa firmy)

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
„MOOC dla nauk o edukacji” POWR.03.01.00-00-W027/18

STATUS UCZESTNIKA w chwili przystąpienia do projektu – informacje dodatkowe	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	TAK / NIE / ODMAWIAM ODPOWIEDZI*
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK / NIE*
Osoba z niepełnosprawnościami	TAK / NIE / ODMAWIAM ODPOWIEDZI*
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	TAK / NIE / ODMAWIAM ODPOWIEDZI*

Ponadto oświadczam, że zapoznałam/em się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa studentek/ów w kursie/ach e-learningowym/ch w ramach Projektu pt. „MOOC dla nauk o edukacji”* i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów.

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

miejsowość, data

czytelny podpis uczestnika/czki projektu

* Niepotrzebne skreślić