

Poznań 31.05.2019r.

FORMULARZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU

„Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” nr POWR.05.03.00-00-0005/15-00

DANE UCZESTNIKA			
Kraj			
Imię	Nazwisko		
Pesel	Płeć	Kobieta	Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu			
Wykształcenie			
Gimnazjalne	Policealne	Ponadgimnazjalne	Wyższe
DANE KONTAKTOWE			
Województwo	Powiat	Gmina	
Miejscowość	Ulica	Nr budynku	Nr lokalu
Kod pocztowy	Nr telefonu	Email	
SZCZEGÓŁY WSPARCIA			
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu			
Bezrobotny	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		
	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		
	Osoba bierna zawodowo	Osoba ucząca się	
		Osoba nieuczestnicząca w szkoleniu lub kształceniu	
Zatrudniony	Osoba pracująca w administracji rządowej		
	Osoba pracująca w administracji samorządowej		
	Inne		
	Osoba pracująca w MMŚP		
	Osoba pracująca w organizacji pozarządowej		
	Osoba prowadząca działalność na własny rachunek		
	Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie		
Wykonywany zawód	Inny		
	Instruktor praktycznej nauki zawodu		

Centrum Symulacji Medycznej

ul. Rokietnicka 7
60-806 Poznań
tel.: 61 845-27-00
sekretariatcsm@ump.edu.pl
www.csm.ump.edu.pl

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Fredy 10
61-701 Poznań
tel.: 61 854-60-54
e-mail: sekr_dyr@ump.edu.pl
www.ump.edu.pl

	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 ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
	Pracownik poradni psychologiczno–pedagogicznej
	Rolnik
Miejsce pracy	
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	Nie
	Odmowa podania informacji
	Tak
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Nie
	Tak
Osoba z niepełnosprawnościami	Nie
	Odmowa podania informacji
	Tak
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)	Nie
	Odmowa podania informacji
	Tak

Oświadczam, że

1. Zostałem/am poinformowany/a, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój;
2. Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń i jednocześnie potwierdzam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą,
3. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie.

.....

Czytelny podpis uczestnika

Centrum Symulacji Medycznej

ul. Rokietnicka 7
60-806 Poznań
tel.: 61 845-27-00
sekretariatcsm@ump.edu.pl
www.csm.ump.edu.pl

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Fredy 10
61-701 Poznań
tel.: 61 854-60-54
e-mail: sekr_dyr@ump.edu.pl
www.ump.edu.pl