



Załącznik nr 2

FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH

Kandydata do projektu

„Interdyscyplinarne Studia Doktoranckie Ekonomicznych i Społecznych Nauk Stosowanych”

DANE OSOBOWE		
1	Nazwisko:	
2	Imię:	
3	PESEL:	
4	Brak PESEL – wiek w chwili przystąpienia do projektu:	
5	Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> męczyzna
6	Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)
7	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca, w tym: <input type="checkbox"/> pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne w tym osoba wykonująca 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 Osoba zatrudniona w (należy podać nazwę instytucji/przedsiębiorstwa):	
8	Dane kontaktowe, w tym adres zamieszkania	Województwo:	
		Powiat:	
		Gmina:	
		Miejscowość:	
		Ulica:	
		Nr budynku:	
		Nr lokalu:	
		Kod pocztowy:	
		Telefon kontaktowy:	
		Adres e-mail:	
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
9	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
UWAGA! Poniższe dane są przekazywane dobrowolnie – istnieje możliwość odmowy podania niżej wymienionych danych wrażliwych			
10	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi	
11	Osoba z niepełnosprawnościami (podanie danych niezbędne do uzyskania dodatkowych punktów zgodnie z § 5 Regulaminu)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi	



12	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi
POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI DO PROJEKTU		
Niniejszym oświadczam, że:		
1	Spełniam szczegółowe kryteria, wskazane w § 4 pkt. 2 i 3 Regulaminu oraz jestem zainteresowany/na zdobyciem wykształcenia na poziomie studiów III stopnia. Podpis
2	W przypadku zaznaczenia w punkcie 11 niniejszego Arkusza odpowiedzi „Tak”, w załączeniu składam na potwierdzenie kopię orzeczenia lub zaświadczenie o posiadaniu niepełnosprawności.	Zaświadczenie

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 zgodności z prawdą.

Oświadczam, że zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis kandydata/-ki