



Załącznik nr 2
do Regulaminu nr 4 dla projektu „Excellence in Education...”

FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH
Uczestnika Projektu
„Excellence in Education – Kompleksowy Program Rozwoju Akademii WSB”

| | | | | | |
|--|--|--|----------------------|------------------------------------|----------------------|
| Dane osobowe | Imię | | | | |
| | Nazwisko | | | | |
| | PESEL <i>W przypadku braku nr PESEL proszę wpisać wiek w chwili przystąpienia do projektu</i> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | |lat | | | |
| | Płeć | <input type="checkbox"/> KOBIEТА | | <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA | |
| | Wykształcenie | <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne – ISCED 3 <i>(wykształcenie, które uzyskuje się, po ukończeniu szkoły średniej np.: liceum, technikum, szkoła zawodowa)</i> <input type="checkbox"/> Policealne – ISCED 4 <i>(wykształcenie, które uzyskuje się, po ukończeniu szkoły średniej, dodatkowej szkoły np. policealnego studium, technikum, które nie dają wykształcenia wyższego).</i> <input type="checkbox"/> Wyższe – ISCED 5-8 <i>(wykształcenie, które uzyskuje się po ukończeniu studiów wyższych licencjackich, magisterskich lub doktoranckich)</i> | | | |
| Dane kontaktowe, w tym adres zamieszkania | Województwo | | | Powiat | |
| | Gmina | | | Miejscowość | |
| | Ulica | | Nr budynku | Nr lokalu | |
| | Kod pocztowy | | | Telefon | |
| | E- mail | | | | |

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

| | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|---|-------------------------------|--|
| Jestem osobą bierną zawodowo: <i>W przypadku odp. TAK, proszę uzupełnić poz.6</i> Przez osobę bierną zawodową należy rozumieć osobę, która nie pracuje i nie jest bezrobotna. Za biernych zawodowo uznaje się studentów studiów stacjonarnych, pod warunkiem, że nie pracują. Student zatrudniony, nawet na część etatu, powinien zaznaczyć status dla osoby pracującej. | 1 | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE | |
| | | <input type="checkbox"/> uczącą się | <input type="checkbox"/> nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu | <input type="checkbox"/> inne | |



| | | | |
|---|----------|--|------------------------------|
| <p>Jestem osobą pracującą: <i>W przypadku odp. TAK, proszę uzupełnić nazwę instytucji/przedsiębiorstwa</i></p> <p>MMŚP należy rozumieć mikroprzedsiębiorstwa oraz małe i średnie przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 250 pracowników i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR, lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.</p> <p>Duże przedsiębiorstwo należy rozumieć przedsiębiorstwo zatrudniające więcej niż 250 pracowników, którego roczny obrót przekracza 50 milionów euro lub całkowity bilans roczny przekracza 43 milionów EUR.</p> | 2 | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| | | <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"/> działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne | |
| | | <p>Wykonuję zawód:</p> <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 | |
| <p>..... Proszę podać nazwę instytucji/przedsiębiorstwa</p> | | | |

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

UWAGA! Poniższe dane są przekazywane dobrowolnie
– istnieje możliwość odmowy podania niżej wymienionych danych wrażliwych

| | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--|
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE |
| Osoba z niepełnosprawnościami (podanie danych niezbędne do uzyskania dodatkowych punktów zgodnie z § 4 Regulaminu) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI |

*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 pouczoney/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.*

.....r.
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Kandydata/ki

* Niewłaściwe skreślić