***Załącznik A3***

*do Regulaminu Modułu Studiów Doktoranckich (Zarządzenie Rektora Nr 71/2019)*

**FORMULARZ DANYCH UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU**

Zakres powierzonych do przetwarzania danych osobowych uczestników

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA** | | |
| Imię/imiona: |  | |
| Nazwisko: |  | |
| PESEL: |  | |
| Płeć*:* |  | |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu: |  | |
| Posiadane ukończone wykształcenie w chwili przystąpienia do projektu: | niższe niż podstawowe podstawowe  gimnazjalne ponadgimnazjalne (ukończona szkoła średnia)  policealne (ukończona wyższe  x  szkoła policealna) | |
| **DANE KONTAKTOWE (ADRES ZAMIESZKANIA/adres do korespondencji)** | | |
| Województwo: |  | |
| Powiat: |  | |
| Gmina: |  | |
| Miejscowość: |  | |
| Ulica, nr domu, nr mieszkania: |  | |
| Kod pocztowy/poczta: |  | |
| Obszar *(zaznaczyć właściwe):* | wiejski miejski | |
| Telefon kontaktowy: |  | |
| Adres e-mail: |  | |
| **SZCZEGÓŁY WSPARCIA** | | |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | **Tak**  osoba długotrwale bezrobotna  inne  **Nie** |
|  | osoba bierna zawodowo | **Tak**  w tym:  osoba ucząca się  osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  inne  **Nie** |
|  | zatrudniony | **Tak**  **W tym osoba zatrudniona:**  osoba pracująca w administracji rządowej,  x  osoba pracująca w administracji samorządowej,  osoba pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie,  osoba pracująca w organizacji pozarządowej,  osoba prowadząca działalność na własny rachunek,  x  osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie,  inne  **Nie** |
| W przypadku osoby pracującej proszę podać wykonywany zawód | 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 ośrodka wsparcia ekonomii społecznej  pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej  rolnik  inny | |
| Zatrudniony w (proszę podać nazwę instytucji/ przedsiębiorstwa) | ……………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………… | |
| **STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | tak  nie  odmowa podania informacji | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | tak  nie | |
| Osoba z niepełnosprawnością | tak  nie  odmowa podania informacji | |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | tak  nie  odmowa podania informacji | |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie |  | |

……………………………………… ………………………………..

MIEJSCOWOŚĆ, DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

(IMIĘ I NAZWISKO)