Załącznik nr 1 do Ogłoszenia o naborze

**Zakres danych osobowych uczestnika projektu pn. „Nauczanie symulacyjne drogą rozwoju dydaktyki medycznej w Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane personalne uczestnika** | | | |
| Imię (imiona) |  | | |
| Nazwisko |  | | |
| Kraj |  | | |
| Płeć | Kobieta  Mężczyzna | Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| PESEL |  | | |
| Wykształcenie | Gimnazjalne Podstawowe Policealne  Ponadgimnazjalne Wyższe | | |
| Rodzaj uczestnika | Indywidualny  Pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu | | |
| **Dane kontaktowe** | | | |
| Województwo |  | Powiat |  |
| Gmina |  | Miejscowość i kod pocztowy |  |
| Ulica |  | Numer domu/numer mieszkania |  |
| Obszar według stopnia urbanizacji DEGURBA | Miejski Wiejski | | |
| Telefon kontaktowy |  | Adres e-mail |  |
| **Szczegóły wsparcia** | | | |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie |  | Data zakończenia udziału w projekcie |  |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | Osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy  Osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy  Osoba bierna zawodowo  Osoba pracująca  Osoba długotrwale bezrobotna  Inna | | |
| Wykonywany zawód |  | | |
| Miejsce zatrudnienia |  | | |
| Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie  *\*wypełnia Biuro Projektu* |  | Sytuacja (2) osoby  w momencie zakończenia udziału  w projekcie  *\*wypełnia Biuro Projektu* |  |
| Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa *\*wypełnia Biuro Projektu* | Tak  Nie | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu** | | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | Tak  Nie | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | Tak  Nie |
| Osoba z niepełnosprawnościami | Tak  Nie | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienionej powyżej) | Tak  Nie |

……………………………………………………… Bydgoszcz, ……..………………………………………………………………………

(Pieczęć Uczelni) (data i podpis uczestnika projektu)