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  |
| **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 *\*wypełnia Biuro Projektu* |  | Data zakończenia udziału w projekcie *\*wypełnia Biuro Projektu* |  |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | Osoba bierna zawodowo – osoba ucząca się  |
| STUDENT CM UMK | Tak Nie  |
| 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)