*Załącznik nr 3 do Regulaminu*

**FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU
pt. „Politechnika Częstochowska kształci kadrę dla rozwoju gospodarki”**

**FERS.01.05-IP.08-0286/23**

|  |
| --- |
| **DANE PODSTAWOWE UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU** |
| Imię  |  |
| Nazwisko  |  |
| PESEL lub *w przypadku braku nr PESEL* – wiekw chwili przystąpienia do projektu  |  | Płeć |
| kobieta/mężczyzna*\** |
| Wykształcenie  | □ ponadgimnazjalne (ISCED3) *(liceum, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, zasadnicza szkoła zawodowa)* □ policealne (ISCED 4) *(szkoła policealna)* □ wyższe (ISCED 5-8) *(w tym licencjackie)*  |

|  |
| --- |
| **ADRES ZAMIESZKANIA ORAZ PRYWATNE DANE KONTAKTOWE (tel. kom oraz e-mail)** |
| Województwo  | Powiat  | Gmina |
|   |   |   |
| Miejscowość  | Ulica  |  |
|   |   |  |
| Nr budynku  | Nr lokalu  | Kod pocztowy  |
|   |   |   |
| Telefon kontaktowy  | E-mail  |  |
|   |   |  |

|  |
| --- |
| **STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY w chwili przystąpienia do projektu** |
| OSOBA PRACUJĄCA:   | TAK /~~NIE~~\*   | W tym  | osoba zatrudniona w (nazwa firmy):  |
| □ | Politechnika Częstochowska |
|  wykonywany zawód:  |
| □  | pracownik instytucji szkolnictwa wyższego |

|  |
| --- |
| **STATUS UCZESTNIKA w chwili przystąpienia do projektu – informacje dodatkowe** |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia  | TAK / NIE / ODMAWIAM ODPOWIEDZI\*  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  | TAK / NIE\*  |
| Osoba z niepełnosprawnościami  | TAK / NIE / ODMAWIAM ODPOWIEDZI\*  |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)  | TAK / NIE / ODMAWIAM ODPOWIEDZI\*  |
| Specjalne potrzeby | 1. Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową? TAK / NIE
2. Jeśli TAK, proszę opisać jakie:…………………………………………………………….….
3. Zapewnienie pętli indukcyjnej? TAK / NIE
4. Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką? TAK / NIE
5. Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych? TAK / NIE
6. Jeśli TAK, proszę opisać jakie: ……………………………………………………………..
7. Inne specjalne potrzeby? TAK / NIE
8. Jeśli TAK, proszę opisać jakie:………………………………………………………………
 |

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 ich zgodności z prawdą.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość, data*  |  | *Czytelny podpis Uczestnika/czki Projektu*  |

\* Niepotrzebne skreślić