*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* – wiek w 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