***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 podstawowegimnazjalne ponadgimnazjalne (ukończona szkoła średnia)policealne (ukończona wyższexszkoła 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)