



Załącznik numer 2
FORMULARZ DANYCH UCZESTNIKA PROJEKTU
PROSZĘ WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE UCZESTNIKA					
Imię					
Nazwisko					
PESEL		DATA URODZENIA <i>(TYLKO OBCOKRAJOWCY)</i>			
Płeć (ZAZNACZ „X”)	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna			
Wykształcenie (ZAZNACZ „X”)	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3)				
	<input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)				
DANE KONTAKTOWE <i>(W PRZYPADKU OBCOKRAJOWCÓW – STACJONARNY ADRES PODCZAS POBYTU W POLSCE)</i>					
Miejscowość			Gmina		
Powiat			Województwo		
Ulica			Numer budynku	Numer Lokalu	
Kod pocztowy			Numer telefonu		
Adres e-mail					
SZCZEGÓŁY WSPARCIA					
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (ZAZNACZ „X” TYLKO W JEDNYM MIEJSCU)	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna			
		<input type="checkbox"/> Inne			
	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna			
		<input type="checkbox"/> Inne			
	<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> Osoba ucząca się			
		<input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu i szkoleniu			
		<input type="checkbox"/> Inne			
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> Na własny rachunek			
		<input type="checkbox"/> W administracji rządowej			
		<input type="checkbox"/> W administracji samorządowej			
		<input type="checkbox"/> W organizacji pozarządowej			
		<input type="checkbox"/> W sektorze Mikro-Małych-Średnich przedsiębiorstw			
<input type="checkbox"/> W dużym przedsiębiorstwie					
<input type="checkbox"/> Inne					
<i>(JEŻELI WYBRANY STATUS TO „OSOBA PRACUJĄCA” PROSZĘ WYBRAĆ WYKONYWANY ZAWÓD – ZAZNACZ „X”)</i>					
Nauczyciel kształcenia zawodowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pracownik instytucji rynku pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/>
Nauczyciel kształcenia ogólnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej	<input type="checkbox"/>
Nauczyciel wychowania przedszkolnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rolnik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej	<input type="checkbox"/>
Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Instruktor praktycznej nauki zawodu	<input type="checkbox"/>

Inny		Nazwa instytucji/przedsiębiorstwa - pracodawcy	
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU (ZAZNACZ „X” DLA KAŻDEGO Z PUNKTÓW A., B., C., D.)			
A. Osoba należąca do mniejszości narodowej	Tak		
	Nie		
	Odmowa podania informacji		
B. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Tak		
	Nie		
C. Osoba z niepełnosprawnościami	Tak		
	Nie		
	Odmowa podania informacji		
D. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	Tak		
	Nie		
	Odmowa podania informacji		
<p>Oświadczam, że:</p> <ul style="list-style-type: none"> Podane przeze mnie powyżej dane są zgodne z prawdą i odpowiadają stanowi rzeczywistości. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, Zostałem/am poinformowany/a, iż projekt pn. „Innowacyjne kształcenie oraz cyfryzacja - zintegrowany program rozwoju uczelni na rzecz rozwoju regionalnego” (POWR.03.05.00-00-ZR03/18) jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji na studia w ramach projektu, Przyjmuję do wiadomości, że celem projektu jest podniesienie kompetencji studentów dzięki działaniom uczelni w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014 – 2020, a student realizuje ten cel w szczególności poprzez ukończenie studiów i uzyskanie dyplomu w terminie wynikającym z regulaminu studiów wyższych w Wyższej Szkole Bankowej w Warszawie, Zobowiązuję się, pod rygorem rozwiązania przez Uczelnię Umowy o świadczenie usług edukacyjnych dla studentów studiów wyższych Wyższej Szkoły Bankowej w Warszawie, do podjęcia działań niezbędnych do realizacji celów projektu, w szczególności do: <ul style="list-style-type: none"> Uczestnictwa w min. 80% zajęć, Rzetelnego wypełniania ankiet przeprowadzanych na potrzeby projektu, W przypadku zaistnienia konieczności uzupełnienia lub aktualizacji dokumentacji projektowej – uzupełnienia lub aktualizacji tej dokumentacji niezwłocznie po wezwaniu przez Uczelnię lub zaistnienia zdarzeń warunkujących zmiany, Przyjmuję do wiadomości, że warunkiem korzystania z dofinansowania jest rejestracja na kolejny semestr studiów zgodnie z programem i harmonogramem studiów na warunkach określonych w Regulaminie studiów. <p>Wyrażam zgodę na:</p> <ul style="list-style-type: none"> Udział w bilansie kompetencyjnym, który może zostać przeprowadzony przed i po ukończeniu wsparcia w projekcie, Udział w badaniu monitorującym zawodowe losy absolwentów w ciągu 6 miesięcy od zakończenia kształcenia w ramach projektu, Wyrażam zgodę na otrzymywanie materiałów koniecznych do realizacji umowy lub gdy jest to niezbędne do podjęcia działań przed zawarciem umowy na moje żądanie środkami komunikacji elektronicznej, w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną.* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym wykorzystywanie wizerunku, przez WSB w celach marketingowych i reklamowych, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych, Wyrażam zgodę na otrzymywanie od WSB informacji handlowej i materiałów promocyjnych środkami komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną 			
.....		
Podpis pracownika WSB		Data i podpis kandydata	