|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Załącznik numer 2**  **FORMULARZ DANYCH UCZESTNIKA PROJEKTU**  *PROSZĘ WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI* | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DANE UCZESTNIKA** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko | |  | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | |  | | | | | DATA URODZENIA  *(TYLKO OBCOKRAJOWCY)* | | | | | |  | | |
| Płeć *(ZAZNACZ „X”)* | | Kobieta | |  | | | | | Mężczyzna | | | |  | | |
| Wykształcenie *(ZAZNACZ „X”)* | | Ponadgimnazjalne (ISCED 3) | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
| Wyższe (ISCED 5-8) | | | | | | |  | | | | | | |
| **DANE KONTAKTOWE** *(W PRZYPADKU OBCOKRAJOWCÓW – STACJONARNY ADRES PODCZAS POBYTU W POLSCE)* | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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)* | | Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | | | | | | Osoba długotrwale bezrobotna | | | | | |  |
| Inne | | | | | |  |
| Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | | | | | | Osoba długotrwale bezrobotna | | | | | |  |
| Inne | | | | | |  |
| Osoba bierna zawodowo | | | | | | | Osoba ucząca się | | | | | |  |
| Osoba nieuczestnicząca w kształceniu i szkoleniu | | | | | |  |
| Inne | | | | | |  |
| Osoba pracująca | | | | | | | Na własny rachunek | | | | | |  |
| W administracji rządowej | | | | | |  |
| W administracji samorządowej | | | | | |  |
| W organizacji pozarządowej | | | | | |  |
| W sektorze Mikro-Małych-Średnich przedsiębiorstw | | | | | |  |
| W dużym przedsiębiorstwie | | | | | |  |
| Inne | | | | | |  |
| *(JEŻELI WYBRANY STATUS TO „OSOBA PRACUJĄCA” PROSZĘ WYBRAĆN WYKONYWANY ZAWÓD – ZAZNACZ „X”)* | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nauczyciel kształcenia zawodowego |  | | Pracownik instytucji rynku pracy | | | | |  | | | Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej | | | |  |
| Nauczyciel kształcenia ogólnego |  | | Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia | | | | |  | | | Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej | | | |  |
| Nauczyciel wychowania przedszkolnego |  | | Rolnik | | | | |  | | | Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej | | | |  |
| Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego |  | | Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej | | | | |  | | | Instruktor praktycznej nauki zawodu | | | |  |
| Inny |  | | **Nazwa instytucji/przedsiębiorstwa - pracodawcy** | | | | |  | | | | | | | |
| **STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU** *(ZAZNACZ „X” DLA KAŻDEGO Z PUNKTÓW A., B.,C., D.)* | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Osoba należąca do mniejszości narodowej | | | | | | Tak | | | | | |  | | | |
| Nie | | | | | |  | | | |
| Odmowa podania informacji | | | | | |  | | | |
| 1. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | | | | Tak | | | | | |  | | | |
| Nie | | | | | |  | | | |
| 1. Osoba z niepełnosprawnościami | | | | | | Tak | | | | | |  | | | |
| Nie | | | | | |  | | | |
| Odmowa podania informacji | | | | | |  | | | |
| 1. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | | | | | | Tak | | | | | |  | | | |
| Nie | | | | | |  | | | |
| Odmowa podania informacji | | | | | |  | | | |
| **Oświadczam, że:**   * Podane przeze mnie powyżej dane są zgodne z prawdą i odpowiadają stanowi rzeczywistemu. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, * Zostałem/am poinformowana, iż projekt pn. "PRAKTYCZNE STUDIA i nowoczesne zarządzanie zintegrowany program rozwoju uczelni" (POWR.03.05.00-00-Z027/18-00) 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, ze 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:   + 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.   **Wyrażam zgodę na:**   * Udział w bilansie kompetencyjnym, który może zostać przeprowadzony przed i po ukończeniem 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* | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |