|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **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* |
|  |  |