

Załącznik nr 2 do Regulaminu Projektu
wprowadzonego Zarządzeniem Rektora PŚk Nr 102/24**FORMULARZ DANYCH UCZESTNIKA PROJEKTU****Dane Uczestnika**

Rodzaj uczestnika	<input type="checkbox"/> student/ka PŚk <input type="checkbox"/> nauczyciel/ka akademicki/ka PŚk
Imię	
Nazwisko	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
PESEL	
Obywatelstwo	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> średnie II stopnia lub policealne <input type="checkbox"/> wyższe
Kraj	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu	
<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym:	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się/odbywająca kształcenie



<input type="checkbox"/> osoba pracująca	<input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w mikro- oraz małych i średnich przedsiębiorstwach (MMŚP) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne
	Wykonywany zawód: Nazwa firmy/institucji zatrudniającej:

Informacja o szczególnych potrzebach Uczestnika Projektu

Rodzaj potrzebnego wsparcia	<input type="checkbox"/> dostęp do mobilnej pętli indukcyjnej
	<input type="checkbox"/> asystent osoby niepełnosprawnej
	<input type="checkbox"/> inne, podać jakie:
Preferowane formy kontaktu	<input type="checkbox"/> rozmowa telefoniczna <input type="checkbox"/> sms <input type="checkbox"/> e-mail

Data

Czytelny podpis Uczestnika projektu





WYPEŁNIA BIURO PROJEKTU

DANE DOTYCZĄCE WSPARCIA

Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Data zakończenia udziału w projekcie	
Rodzaj przyznanego wsparcia	<input type="checkbox"/> studia I stopnia/studia II stopnia* <input type="checkbox"/> krajowa wizyta studyjna <input type="checkbox"/> zagraniczna wizyta studyjna <input type="checkbox"/> krajowe szkolenia/kursy <input type="checkbox"/> doradztwo/konsultacje <input type="checkbox"/> zajęcia dodatkowe/wyrównawcze <input type="checkbox"/> krajowy staż płatny <input type="checkbox"/> studia podyplomowe <input type="checkbox"/> zajęcia praktyczne <input type="checkbox"/> inne
Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

* Niepotrzebne skreślić