Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

Zakres danych Uczestnika Projektu:

Kraj	Rodzaj uczestnika	Nazwa instytucji
Imię	Nazwisko	PESEL
Brak PESEL	TAK/NIE (zaznacz właściwe)	
Płeć	Wiek w chwili przystąpienia do Projektu	Wykształcenie
Dane kontaktowe:		
Województwo	Powiat	Gmina
Miejscowość	Ulica	
Nr budynku	Nr lokalu	Kod pocztowy
Telefon kontaktowy	Adres e-mail	Obszar w-g stopnia urbanizacji
Data rozpoczęcia udziału w projekcie:		
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (osoba bezrobotna, bierna zawodowo, pracująca):		
W tym:		

Wykonywany zawód	
Zatrudniony w:	
Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia	
Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu (zaznacz właściwe):	
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 niepełnosprawnościami	TAK/NIE/ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	TAK/NIE/ODMOWA PODANIA INFORMACJI

Świadom/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że przedstawionej powyżej dane są prawdziwe. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Wyższą Szkołę Medyczną w przypadku zmiany przedstawionych danych.

.....

(Czytelny podpis Uczestnika Projektu)