*Załącznik nr.3*

*KWESTIONARIUSZ OSOBOWY*

*do projektu* *„Wdrożenie programu rozwojowego i utworzenie Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej w Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku’’*

|  |  |
| --- | --- |
| STOPIEŃ I RODZAJ STUDIÓW |   |
| KIERUNEK |  |
| **DANE OSOBOWE I KONTAKTOWE UCZESTNIKA** |
| Imię (Imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| Płeć |    |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu (lata ukończone) |   |
| PESEL |  |
| Wykształcenie | □ ponadgimnazjalne (ukończone na poziomie szkoły średniej)□ pomaturalne (np. studium pomaturalne)□ wyższe (pełne i ukończone na poziomie wyższym) |
| Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną | □ TAK □ NIE  |
|  | Adres stałego pobytu | Adres tymczasowego pobytu |
| Ulica |  |  |
| Nr domu |  |  |
| Nr lokalu |  |  |
| Miejscowość |  |  |
| Obszar | 🞎 miejski 🞎 wiejski | 🞎 miejski 🞎 wiejski |
| Kod pocztowy |  |  |
| Województwo |  |  |
| Powiat |  |  |
| Tel. kontaktowy |  |  |
| Adres e-mail |  |  |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:**  |
| Bezrobotny | □ TAK (osoba zarejestrowana w urzędzie pracy)W tym: □ osoba długotrwale bezrobotna (ponad 12 miesięcy w ciągu ostatnich 2 lat) |
| □ NIE |
| Nieaktywny zawodowy | □ TAK (osoba pozostająca bez zatrudnienia, która równocześnie nie zalicza się do kategorii bezrobotna)W tym: □ osoba ucząca się lub kształcąca |
| □ NIE  |
| Zatrudniony | □ TAK (na umowę o pracę, umowę cywilnoprawną i inne)Zatrudniony w: ………………………………………………………………………………………………………………………………………W tym: □ Rolnik □ Samozatrudniony □ Zatrudniony w mikroprzedsiębiorstwie  □ Zatrudniony w małym przedsiębiorstwie □ Zatrudniony w średnim przedsiębiorstwie □ Zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie □ zatrudniony w administracji publicznej □ zatrudniony w organizacji pozarządowej |
| □ NIE |
| Szczegóły i rodzaj wsparcia |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie |  |
| Data zakończenia udziału w projekcie |  |
| Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie |  |
| Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie |  |
| Inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM) |  |
| Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa | □ TAK □ NIE |
| Rodzaj przyznanego wsparcia | W tym |
|  |  |
| Data rozpoczęcia udziału we wsparciu | Data zakończenia udziału we wsparciu |
|   |  |
| Data założenia działalności gospodarczej | Kwota środków przyznanych na założenie działalności gospodarczej |
|  |  |
| PKD założonej działalności gospodarczej |  |
|  |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu** |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej | □ TAK □ NIE |
| Fakt bycia migrantem | □ TAK □ NIE |
| Fakt bycia osobą obcego pochodzenia | □ TAK □ NIE |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | □ TAK □ NIE |
| Osoba z niepełnosprawnościami  | □ TAK □ NIE |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących | □ TAK □ NIE |
| W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | □ TAK □ NIE |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | □ TAK □ NIE |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | □ TAK □ NIE |

*Niniejszym wyrażam chęć udziału w Projekcie „Wdrożenie programu rozwojowego i utworzenie Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej w Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku’’*

*1. Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie oraz akceptuję jego postanowienia.*

*2. Oświadczam, że zostałem(łam) poinformowany(na), iż Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój*

*Uprzedzony/-a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Kwestionariuszu Osobowym oraz wszystkich przedstawionych załącznikach są zgodne z prawdą.*

*…………………………… ………………………………………*

*Miejscowość i data Czytelny podpis uczestnika projektu*