



UNIWERSYTET KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO  
w WARSZAWIE



WYDZIAŁ MATEMATYCZNO-PRZYRODNICZY.  
SZKOŁA NAUK ŚCISŁYCH

ul. Wóycickiego 1/3, 01-938 Warszawa, Poland, tel. / fax (48 22) 569 96 70

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie „Program Rozwoju Kompetencji WMP UKSW”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY<sup>1</sup>**

<b>Tytuł projektu:</b> „Program Rozwoju Kompetencji WMP UKSW”
<b>Nr projektu:</b> POWR.03.01.00-00-K424/16
<b>Priorytet III:</b> Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju
<b>Działanie 3.1.</b> Kompetencje w szkolnictwie wyższym

**DANE UCZESTNIKÓW PROJEKTÓW, KTÓRZY OTRZYMUJĄ WSPARCIE W RAMACH EFS**

DANE UCZESTNIKA	
Imię (imiona)	
Nazwisko	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Wiek w chwili przystępowania do projektu	
PESEL	
Wykształcenie	
Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną <sup>2</sup>	
Student/ka studiów stacjonarnych Wydziału Matematyczno-Przyrodniczego. Szkoła Nauk Ścisłych kierunku informatyka i matematyka	<input type="checkbox"/> I stopień <input type="checkbox"/> II stopień
DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA	
Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Miejscowość	
Obszar	<input type="checkbox"/> Obszar miejski <input type="checkbox"/> Obszar wiejski
Kod pocztowy	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Telefon stacjonarny	
Telefon komórkowy	
Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
STATUS SPOŁECZNY I EKONOMICZNY UCZESTNIKA (zaznacz X)	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Aktywny zawodowo <input type="checkbox"/> Bierny zawodowo

<sup>1</sup> Prosimy wypełniać czytelnie i drukowanymi literami.

<sup>2</sup> Pod tym określeniem rozumie się fakt posiadania przez uczestnika projektu pod opieką dziecka do lat 7 lub osoby zależnej zgodnie z definicją zawartą w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z dnia 1 maja 2004)





UNIwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego  
w WARSZAWIE



WYDZIAŁ MATEMATYCZNO-PRZYRODNICZY.  
SZKOŁA NAUK ŚCISŁYCH

ul. Wóycickiego 1/3, 01-938 Warszawa, Poland, tel. / fax (48 22) 569 96 70

<i>Jeżeli tak, zaznacz poniżej:</i>	
Zatrudniony:	<input type="checkbox"/> Rolnik
	<input type="checkbox"/> Samozatrudniony
	<input type="checkbox"/> Zatrudniony w mikroprzedsiębiorstwie
	<input type="checkbox"/> Zatrudniony w przedsiębiorstwie MSP
	<input type="checkbox"/> Zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie
	<input type="checkbox"/> Zatrudniony w administracji publicznej
	<input type="checkbox"/> Zatrudniony w organizacji pozarządowej
Wykonywany zawód	
Nazwa firmy/instytucji zatrudniającej	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	
<b>DANE DOTYCZĄCE WSPARCIA<sup>3</sup></b>	
Rodzaj przyznanego wsparcia	Kursy / warsztaty / zespołowa praca metodą projektu / wizyty studyjne u pracodawców
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Data zakończenia udziału w projekcie	
Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	

Ja, niżej podpisany/-a, świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, iż dane podane w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą. Oświadczam, że w sytuacji nie zakwalifikowania mnie do projektu nie będę zgłaszał/a żadnych roszczeń do Realizatora Projektu.

W przypadku zmiany miejsca zamieszkania lub zameldowania, o zmianie poinformuję niezwłocznie Biuro Projektu, ul. Wóycickiego 1/3, Warszawa, bud. 21 pok. 113.

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Czytelny podpis uczestnika projektu\**

<sup>3</sup> Nie wypełniać. Wskazane informacje w tej sekcji zostaną uzupełnione przez pracownika Biura Projektu.

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

