Załącznik nr 1 Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie
„Monoprofilowe Centrum Symulacji Medycznych dla kierunku pielęgniarstwo UKSW”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

|  |
| --- |
| **Dane uczestnika** |
| Kraj zamieszkania | POLSKA |
| Rodzaj uczestnika | INDYWIDUALNY |
| Imię/imiona |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Brak PESEL (jeśli brak, proszę wpisać datę urodzenia) |  |
| Płeć | KOBIETA / MĘŻCZYZNA |
| Wykształcenie | Niższe niż podstawowePodstawoweGimnazjalnePonadgimnazjalnePolicealneWyższe  |
| **Dane kontaktowe** |
| Województwo |  |
| Powiat  |  |
| Gmina  |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica  |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu**  |
| Osoba pracująca | TAK/ NIE |
| Osoba pracująca w (w przypadku zaznaczenia pozycji – osoba pracująca): |  administracji rządowej; |
|  administracji samorządowej;  |
|  mikro/małym/średnim przedsiębiorstwie; |
|  dużym przedsiębiorstwie; |
|  organizacji pozarządowej; |
|  prowadząca działalność na własny rachunek |
| inne: |
| Wykonywany zawód: |  |
| Zatrudniony w (proszę podać nazwę zakładu pracy): |  |
| Osoba bierna zawodowo | TAK/ NIE |
| Osoba ucząca się | TAK/ ~~NIE~~ |
| **Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu** |
| 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/ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| Osoba z niepełnosprawnościami | TAK/ NIE/ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | TAK/ NIE/ODMOWA PODANIA INFORMACJI |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 miejscowość i data czytelny podpis