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 podstawowe  Podstawowe  Gimnazjalne  Ponadgimnazjalne  Policealne  Wyższe | |
| **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