



Formularz zgłoszeniowy uczestnictwa w projekcie

Dane wspólne

Lp.	Nazwa
1	Tytuł projektu: „Z profesjonalnymi kompetencjami na rynek pracy”
2	Nr projektu: POKL.04.01.01-00-058/14
3	Priorytet IV Szkolnictwo Wyższe i Nauka
4	Działanie 4.1 Wzmocnienie i rozwój potencjału dydaktycznego uczelni oraz zwiększenie liczby absolwentów kierunków o kluczowym znaczeniu dla gospodarki opartej na wiedzy
5	Poddziałanie 4.1.1 Wzmocnienie potencjału dydaktycznego uczelni

Formularz proszę wypełnić drukowanymi literami, a pole wyboru zaznaczyć X

	Lp.	Nazwa	Słowniki	
Dane uczestnika	1	Imię (imiona)		
	2	Nazwisko		
	3	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
	4	Wiek w chwili przystępowania do projektu		
	5	PESEL		
	6	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Pomaturalne	<input type="checkbox"/> Wyższe
	7	Rok i stopień studiów		
	8	Wydział		
	9	Nr indeksu		
	10	Średnia ocen z ostatnich dwóch semestrów		
	11	Jestem studentem PWSZ w Kaliszu	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	12	Opieka nad dziećmi do lat 7 / osobą zależną	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Adres zameldowania	10	Ulica		
	11	Nr domu		
	12	Nr lokalu		
	13	Miejscowość		
	14	Obszar	<input type="checkbox"/> Miejski	<input type="checkbox"/> Wiejski
	15	Kod pocztowy		
	16	Województwo		
	17	Powiat		
18	Gmina			
Dane kontaktowe	19	Telefon stacjonarny		
	20	Telefon komórkowy		
	21	Adres poczty elektronicznej (e-mail)		
Dane dodatkowe	22	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	Bezrobotny:	
			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

			Zatrudniony:	
			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
			w tym:	
			<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	
	23	Czy uczestniczyłaś/eś wcześniej w programach stażowych/szkoleniach finansowanych ze środków EFS?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	24	Rodzaj przyznanego wsparcia	<input type="checkbox"/> Doradztwo <input type="checkbox"/> Staże <input type="checkbox"/> Praktyki <input type="checkbox"/> Przygotowanie zawodowe <input type="checkbox"/> Szkolenia/warsztaty/kursy <input type="checkbox"/> Zajęcia wyrównawcze dla studentów	

1. Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie.
2. Oświadczam, iż podane wyżej dane są zgodne z prawdą.
3. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające mnie do udziału w projekcie.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie dla monitoringu i ewaluacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.
5. Wyrażam zgodę na badanie ewaluacyjne, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników.
6. Oświadczam, że zostałem poinformowany o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Pouczenie: uczestnik ponosi odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, co wynika z ogólnych przepisów Kodeksu Cywilnego.

Data:.....

.....
Czytelny podpis: