Załącznik nr 1

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**w ramach projektu *„Time 2 MUW doskonałość dydaktyczna szansą rozwoju Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego”.***

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA** |
| **Imię (imiona) i nazwisko:** |  |
| **Data urodzenia:** |  | **Miejsce urodzenia:** |  |
| **Obywatelstwo:** |  | **Płeć:** |  Kobieta Mężczyzna |
| **PESEL:** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Ulica:** |  |
| **Numer domu:** |  | **Numer lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  | **Kod pocztowy:** |  |
| **Gmina:** |  | **Powiat:** |  |
| **Województwo:** |  |
| **KONTAKT** |
| **Telefon stacjonarny:** |  | **Telefon komórkowy:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **WYKSZTAŁCENIE** |
| **Wykształcenie:** |  Wyższe magisterskie Wyższe licencjackie Pomaturalne  Ponadgimnazjalne  | **Uzyskany tytuł zawodowy w przypadku ukończenia szkoły wyższej:** |  |
| **ZATRUDNIENIE** |
| **Nazwa i adres miejsca zatrudnienia (pełna nazwa):** |  |
| **Zajmowane stanowisko:** |  | **Zakład/Jednostka**: |  |
| **STATUT NA RYNKU PRACY** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy: | * TAK
 | * NIE
 |
| Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy: | * TAK
 | * NIE
 |
| Osoba długotrwale bezrobotna: | * TAK
 | * NIE
 |
| Osoba pracująca: | * TAK
 | * NIE
 |
| Osoba bierna zawodowo, w tym: | * TAK
 | * NIE
 |
| Osoba ucząca się | * TAK
 | * NIE
 |
| Osoba nie uczestnicząca w kształceniu | * TAK
 | * NIE
 |
| Osoba nie uczestnicząca w szkoleniu | * TAK
 | * NIE
 |
| **INNE DANE** |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia: | * TAK
 | * NIE
 | * 🗌 ODMOWA PODANIA IFORMACJI
 |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: | * TAK
 | * NIE
 |
| Osoba z niepełnosprawnościami: | * TAK
 | * NIE
 | * ODMOWA PODANIA INFORMACJI
 |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej): | * TAK
 | * NIE
 | * ODMOWA PODANIA INFORMACJI
 |
| Brak doświadczenia zawodowego: | * TAK
 | * NIE
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:** | - Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych |
| **Nazwa kursu** | *Proszę podać nazwę wybranego szkolenia* |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **OŚWIADCZENIA** |
|  |
| **Oświadczam, że jestem studentem/nauczycielem WUM.****Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikacyjności uprawniające do udziału w Projekcie.****Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Warszawski Uniwersytet Medyczny w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.** ………………………………….. ………………………………………… Miejscowość i data Podpis wnioskodawcy |
|  |