



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
w ramach projektu „WUM AID Akademia Innowacyjnej Dydaktyki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego”.

**DANE OSOBOWE KANDYDATA**

<b>Imię (imiona) i nazwisko:</b>			
<b>Data urodzenia:</b>		<b>Miejsce urodzenia:</b>	
<b>Obywatelstwo:</b>		<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
<b>PESEL:</b>			

**ADRES ZAMIESZKANIA**

<b>Ulica:</b>			
<b>Numer domu:</b>		<b>Numer lokalu:</b>	
<b>Miejscowość:</b>		<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Gmina:</b>		<b>Powiat:</b>	
<b>Województwo:</b>			

**KONTAKT**

<b>Telefon stacjonarny:</b>		<b>Telefon komórkowy:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>			

**WYKSZTAŁCENIE**

<b>Wykształcenie:</b>	<input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie <input type="checkbox"/> Wyższe licencjackie <input type="checkbox"/> Pomaturalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne	<b>Uzyskany tytuł zawodowy w przypadku ukończenia szkoły wyższej:</b>	
-----------------------	---	---	--

**ZATRUDNIENIE**

<b>Nazwa i adres miejsca zatrudnienia (pełna nazwa):</b>			
<b>Zajmowane stanowisko:</b>		<b>Zakład/Jednostka:</b>	

**STATUT NA RYNKU PRACY**

Osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba długotrwale bezrobotna:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba pracująca:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bierna zawodowo, w tym:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba ucząca się	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE



Osoba nie uczestnicząca w kształceniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba nie uczestnicząca w szkoleniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

**INNE DANE**

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
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	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej):	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Brak doświadczenia zawodowego:	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE

**DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:**

- Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

*Proszę podać nazwę wybranego szkolenia*

**Nazwa kursu**

.....  
.....

**OŚWIADCZENIA**

**Oświadczam, że jestem studentem/nauczycielem/pracownikiem administracyjnym 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