Załącznik nr 1

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**w ramach projektu *„WUM AID Akademia Innowacyjnej Dydaktyki 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/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 | |
|  | |