



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:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie <input type="checkbox"/> Wyższe licencjackie <input type="checkbox"/> Pomaturalne <input type="checkbox"/> 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:	<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 - Skierowanie na szkolenie		
Nazwa kursu	<i>Proszę podać nazwę wybranego szkolenia</i>		
		
<u>OŚWIADCZENIA</u>			
<p>Oświadczam, że jestem studentem/nauczycielem/pracownikiem administracyjnym WUM.</p> <p>Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikacyjności uprawniające do udziału w Projekcie.</p> <p>Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Warszawski Uniwersytet Medyczny w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.</p>			
..... Miejscowość i data	 Podpis wnioskodawcy	