Załącznik nr 2 do Regulaminu

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**do projektu:**

**„Zintegrowany Program Rozwoju Uniwersytetu Wrocławskiego II na lata 2019-2023”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. Dane uczestnika projektu** | | | | | | | |
| Imię |  | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | |
| PESEL |  | | | | | | |
| Płeć | □ Kobieta | | | | | □ Mężczyzna | |
| Wiek w chwili przystępowania do projektu  *(na dzień podpisania formularza)* | | | | | |  | |
| Wykształcenie | □ Brak | | | □ Gimnazjalne  (ISCED 2) | | | □ Pomaturalne  (ISCED 4)  *(ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)* |
| □ Podstawowe  (ISCED 1) | | | □ Ponadgimnazjalne  (ISCED 3)  *(ukończone na poziomie szkoły średniej - liceum, technikum, szkoła zawodowa)* | | | □ Wyższe  (ISCED 5-8) |
| **II. Dane kontaktowe** | | | | | | | |
| Województwo | | |  | | | | |
| Powiat | | |  | | | | |
| Gmina | | |  | | | | |
| Miejscowość | | |  | | | | |
| Ulica | | |  | | | | |
| Nr budynku/ lokalu | | |  | | | | |
| Kod pocztowy | | |  | | | | |
| Telefon kontaktowy | | |  | | | | |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail) | | |  | | | | |
| **III. Szczegóły wsparcia** | | | | | | | |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: | | | □ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  □ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  □ osoba bierna zawodowo  □osoba pracująca, miejsce pracy............................................  .................................................................................................................................................................................................... | | | | |
| w tym osoba ucząca się | | | □Tak □Nie | | | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | □Tak □Nie □Odmowa podania informacji | | | | |
| 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 | | | | |
| **IV. Rodzaj wsparcia** | | | | | | | |
| Podnoszenie kompetencji kadry z zakresu kompetencji dydaktycznych: | | | | | **□**staż  **□** szkolenie/kurs :   * Academic English * Inne | | |
| Podnoszenie kompetencji kadry z zakresu kompetencji zarządczych (szkolenie/kurs) | | | | | **□** | | |
| Podnoszenie kompetencji kadry z zakresu kompetencji cyfrowych (szkolenie/kurs) | | | | | **□** | | |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie | |  | | | | | |
| Data zakończenia udziału w projekcie | |  | | | | | |
| Zakończenie udziału osoby we wsparciu | |  | | | | | |

Ja, niżej podpisany(a),\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ świadomy(-a) odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań **oświadczam, że:**

1. dane zawarte w niniejszym dokumencie są zgodne z prawdą,
2. zostałem poinformowany o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego;
3. zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji do udziału w formach wsparcia dedykowanych pracownikom UWr w projekcie „Zintegrowany Program Rozwoju Uniwersytetu Wrocławskiego II na lata 2019-2023"
4. wyrażam wolę uczestnictwa w Projekcie.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU* |