|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA KOORDYNATOR** |
| **Wydział** | **Kierunek** | **Rok i semestr studiów** |
| **Nazwa wsparcia** | **Numer zadania** |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**do projektu:**

**„Zintegrowany Program Rozwoju Uniwersytetu Wrocławskiego 2018-2022”**

|  |
| --- |
| **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 |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail)  |  |
| **III. Szczegóły wsparcia** |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: | **□** **osoba bierna zawodowo (dotyczy także osoby na urlopie wychowawczym)**W tym:□ ucząca się □ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu **□ osoba pracująca (umowa o pracę lub działalność gospodarcza, także w trakcie zakładania)**W tym:□ osoba pracująca w administracji rządowej□ osoba pracująca w administracji pozarządowej□ inne□ osoba pracująca w organizacji pozarządowej□ osoba prowadząca działalność na własny rachunek□ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie **Wybierz zawód:**□ inny□ instruktor praktycznej nauki zawodu □ nauczyciel kształcenia ogólnego □ nauczyciel kształcenia przedszkolnego □ nauczyciel kształcenia zawodowego □ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia□ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej□ pracownik instytucji rynku pracy □ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego□ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej □ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej□ pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej □ rolnik**miejsce pracy (nazwa firmy)** ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| 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** |
| **WYPEŁNIA PRACOWNIK** |
| inne |  |
| staż/praktyka  |  |
| studia doktoranckie  |  |
| studia licencjackie/ magisterskie  |  |
| szkolenie/kurs |  |
| wizyta studyjna  |  |
| zajęcia dodatkowe  |  |
| 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/studentom UWr w projekcie „Zintegrowany Program Rozwoju Uniwersytetu Wrocławskiego 2018-2022"
4. wyrażam wolę uczestnictwa w Projekcie.

|  |  |
| --- | --- |
| Wrocław, 27.10.2023 | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* |  *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU* |