**DANE UCZESTNIKA PROJEKTU OTRZYMUJĄCEGO WSPARCIE**

Przekazuję dobrowolnie poniższe dane osobowe w związku z przystąpieniem do projektu „Rozwój kompetencji i kwalifikacji lekarzy poprzez udział w bezpłatnych, nowoczesnych kursach doskonalących”

nr projektu: WND-POWR.05.04.00-00-070/16

1. **DANE UCZESTNIKA**
2. Kraj………
3. Imię Nazwisko ………….
4. PESEL……….. /Brak PESEL\*
5. Płeć: Kobieta/Mężczyzna\*
6. Wiek w chwili przystąpienia do projektu:…..
7. Wykształcenie: wyższe (zawód lekarza mogą wykonywać wyłącznie osoby, które ukończyły studia wyższe)
8. **DANE KONTAKTOWE**
9. Województwo …..
10. Powiat ….
11. Gmina…….
12. Miejscowość………
13. Ulica…………….
14. Nr budynku…..
15. Nr lokalu………….
16. Kod pocztowy……………..
17. Telefon kontaktowy…………..
18. Adres e-mail…………….
19. **SZCZEGÓŁY I RODZAJ WSPARCIA**
20. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu\*:
21. osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
22. osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
23. osoba bierna zawodowo
24. osoba pracująca
25. Jeżeli osoba pracująca to proszę wskazać miejsce pracy\*:
26. administracja rządowa
27. administracja samorządowa
28. inne
29. MMŚP (mikro, małe lub średnie przedsiębiorstwo) - Mikroprzedsiębiorstwo – przedsiębiorstwo zatrudniające do 9 pracowników włącznie i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EUR. Małe przedsiębiorstwo – przedsiębiorstwo zatrudniające do 49 pracowników włącznie i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR. Średnie przedsiębiorstwo –przedsiębiorstwo zatrudniające do 249 pracowników włącznie i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR a/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EUR. przedsiębiorstw. Podmiot leczniczy rozumiany jest również jako przedsiębiorstwo.
30. organizacja pozarządowa
31. prowadzę działalność na własny rachunek
32. duże przedsiębiorstwo (Duże przedsiębiorstwo – przedsiębiorstwo, które nie kwalifikuje się do żadnej z kategorii wskazanych w pkt d.)
33. **STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**
34. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (Tak/Nie/Odmowa podania informacji)
35. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań (brak danych/ Tak/ Nie)
36. Osoba z niepełnosprawnościami (Tak/Nie/odmowa podania informacji)
37. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących (Tak /Nie/ brak danych)
38. w tym:
39. gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu (Tak /Nie/ brak danych)
40. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu (Tak/Nie/brak danych)
41. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) (Tak/Nie/Odmowa podania informacji)

Potwierdzam własnoręcznym podpisem prawidłowość podanych danych

…………………………………………………….

(imię i nazwisko)

**\* Niewłaściwe skreślić**