**FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA**

**do wprowadzania do systemu teleinformatycznego Agencji w zakresie monitorowania uczestników projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane dotyczące projektu pozakonkursowego NAWA** | Projekt pt. „Wsparcie zdolności instytucjonalnej polskich uczelni poprzez tworzenie i realizację międzynarodowych programów studiów” (nr POWR.03.03.00-00-PN16/18), realizowany w ramach Działania: 3.3 Umiędzynarodowienie polskiego szkolnictwa wyższego, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój |
| **Nazwa Programu NAWA** |  |
| **Numer Umowy lub numer Projektu** |  |
| **Nazwa Beneficjenta** |  |
| **Tytuł Projektu** |  |

**Dane Beneficjenta** *(wypełnia Beneficjent)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kraj | Nazwa instytucji | NIP | Typ instytucji |
|  |  | *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:*❒ brak NIP❒ nr NIP – proszę wpisać NIP poniżej: | *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:*❒ uczelnia❒ Polska Akademia Nauk❒ instytut naukowy Polskiej Akademii Nauk ❒ instytut badawczy w rozumieniu ❒ międzynarodowy instytut naukowy ❒ instytuty działające w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz❒ federacja podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki❒ inne |
| Województwo | Powiat | Gmina | Miejscowość |
|  |  |  |  |
| Ulica | Nr budynku | Nr lokalu | Kod pocztowy |
|  |  |  |  |
| Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) | Telefon kontaktowy | Adres e-mail |
| *Pole należy zostawić puste. Dane te uzupełnią się automatycznie na dalszym etapie przetwarzania danych uczestników projektu w systemie SL2014* |  |  |

**Dane uczestnika Projektu** *(wypełnia uczestnik)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kraj | Rodzaj uczestnika | Nazwa instytucji, którą reprezentuje uczestnik |
|  | *Proszę zaznaczyć jedną z poniższych odpowiedzi:*❒ student zagraniczny❒ doktorant zagraniczny❒ student krajowy❒ doktorant krajowy❒ kadra dydaktyczna / akademicka❒ kadra administracyjna |  |
| Imię | Nazwisko | PESEL  |
|  |  | *Proszę zaznaczyć jedną z poniższych odpowiedzi:*❒ nie posiadam❒ posiadam - *proszę wpisać PESEL:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Płeć | Wiek | Wykształcenie |
| *Proszę zaznaczyć jedną z poniższych odpowiedzi:*❒ kobieta❒ mężczyzna | *Proszę wpisać wiek w chwili przystąpienia do Projektu:* | *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:*❒ niższe niż podstawowe (ISCED 0) ❒ podstawowe (ISCED 1)❒ gimnazjalne (ISCED 2)❒ ponadgimnazjalne (ISCED 3) ❒ policealne (ISCED 4) ❒ wyższe (ISCED 5-8) |
| Województwo  | Powiat | Gmina | Miejscowość |
| *W przypadku uczestników z zagranicy pole może pozostać niewypełnione* | *W przypadku uczestników z zagranicy pole może pozostać niewypełnione* | *W przypadku uczestników z zagranicy pole może pozostać niewypełnione* |  |
| Ulica | Nr budynku | Nr lokalu | Kod pocztowy |
|  |  |  |  |
| Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) | Telefon kontaktowy | Adres e-mail |
| *Pole należy zostawić puste. Dane te uzupełnią się automatycznie na dalszym etapie przetwarzania danych uczestników projektu w systemie SL2014* |  |  |

**Status uczestnika w chwili przystąpienia do Projektu** *(wypełnia Beneficjent w porozumieniu z uczestnikiem Projektu)*

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:*❒ Nie – nie należę do tej grupy❒ Odmawiam podania informacji❒ Tak – należę do tej grupy |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:*❒ Nie – nie należę do tej grupy❒ Odmawiam podania informacji❒ Tak – należę do tej grupy |
| Osoba z niepełnosprawnościami | *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:*❒ Nie – nie należę do tej grupy❒ Odmawiam podania informacji❒ Tak – należę do tej grupy |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:*❒ Nie – nie należę do tej grupy❒ Odmawiam podania informacji❒ Tak – należę do tej grupy |

**Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu** *(wypełnia Beneficjent w porozumieniu
z uczestnikiem Projektu)*

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba bierna zawodowo, w tym: | * inne
 |
| Osoba pracująca, w tym: | *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:** w administracji rządowej
* w administracji samorządowej
* w MMŚP
* w dużym przedsiębiorstwie
* w organizacji pozarządowej
* prowadząca działalność na własny rachunek
* inne
 |
| Wykonywany zawód: | *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:** instruktor praktycznej nauki zawodu
* nauczyciel kształcenia ogólnego
* nauczyciel wychowania 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
* inny
 |
| Miejsce zatrudnienia: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………..……..……MIEJSCOWOŚĆ I DATA | ……………………………………………………..……CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU |
| …..………………………………….……MIEJSCOWOŚĆ I DATA | …………………………………………………..……..CZYTELNY PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJFORMULARZ PO STRONIE BENEFICJENTA |