**Załącznik nr 3** do Regulaminu odbywania wizyt studyjnych u pracodawców organizowanych przez Wydział Odlewnictwa w ramach projektu „Zintegrowany Program Rozwoju Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie", nr POWR.03.05.00-00-Z307/17-00 – **Dane uczestnika Projektu**

**DANE UCZESTNIKA PROJEKTU**

**PIERWSZE / KOLEJNE\* ZGŁOSZENIE**

Dane wspólne:

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Nazwa |
| 1 | Tytuł projektu: Zintegrowany Program Rozwoju Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie |
| 2 | Nr projektu: POWR.03.05.00-00-Z307/17-00 |
| 3 | Numer i nazwa Osi priorytetowej: III. Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju |
| 4 | Numer i nazwa Działania: 3.5 Kompleksowe programy szkół wyższych |
| 5 | Numer i nazwa zadania: Zadanie 2: Podnoszenie kompetencji |

\* niepotrzebne skreślić – w przypadku kolejnego zgłoszenia do udziału w projekcie NIE trzeba wypełniać rubryk : 4 – 21.

Dane uczestników projektu, którzy otrzymują wsparcie w ramach EFS:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Lp. | Nazwa |
| **Dane uczestnika** | 1 | Imię: |
| 2 | Nazwisko: |
| 3 | PESEL: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Płeć: KOBIETA / MĘŻCZYZNA \* |
| 5 | Wiek w chwili przystąpienia do projektu: |
| 6 | Wykształcenie: |
| **Dane kontaktowe** | 7 | Kraj: |
| 8 | Województwo: |
| 9 | Powiat: |
| 10 | Gmina: |
| 11 | Miejscowość: |
| 12 | Ulica: |
| 13 | Nr budynku: |
| 14 | Nr lokalu: |
| 15 | Kod pocztowy: |
| 16 | Telefon kontaktowy: |
| 17 | Adres e-mail: |
| **Szczegóły i rodzaj wsparcia**  | 18 | Planowana data zakończenia aktualnie realizowanego toku studiów w AGH: |
| 19 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:OSOBA BIERNA ZAWODOWO / OSOBA PRACUJĄCA \* |
| 20 | Wykonywany zawód (dot. osób pracujących): INNY / 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 WSPIERANIA RODZINY I PIECZY ZASTĘPCZEJ / PRACOWNIK OŚRODKA WSARCIA EKONOMII SPOŁECZNEJ / PRACOWNIK PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ / ROLNIK |
| 21 | Zatrudniony w:  (NAZWA ZAKŁADU PRACY) |
| 22 | Rodzaj przyznanego wsparcia: SZKOLENIE |
| 23 | Planowana data rozpoczęcia udziału we wsparciu: |
| 24 | Planowana data zakończenia udziału we wsparciu: |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu** | 25 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzeniaTAK / NIE / ODMOWA PODANIA INFORMACJI \* |
| 26 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkańTAK / NIE \* |
| 27 | Osoba z niepełnosprawnościamiTAK / NIE / ODMOWA PODANIA INFORMACJI \* |
| 28 | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznejTAK / NIE / ODMOWA PODANIA INFORMACJI \* |

\* niepotrzebne skreślić

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Data wypełnienia |  | Czytelny podpis uczestnika |