

Dane uczestnika projektu „Centrum Symulacji Medycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi”
(POWR.05.03.00-00-0012/15)otrzymującego wsparcie – indywidualni i pracownicy instytucji

Dane Uczestnika projektu		
1.	Kraj	
2.	Imię	
3.	Nazwisko	
4.	PESEL (w przypadku jego braku napisać brak)	
5.	Płeć	Kobieta/Mężczyzna ¹
6.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
7.	Wykształcenie	
Dane kontaktowe		
1.	Województwo	
2.	Powiat	
3.	Gmina	
4.	Miejscowość	
5.	Ulica	
6.	Nr budynku	
7.	Nr lokalu	
8.	Kod pocztowy	
9.	Telefon kontaktowy	
10.	Adres e-mail	
Szczegóły i rodzaj wsparcia		
1.	Status na rynku pracy	
2.	Wykonywany zawód	
3.	Zatrudniony w:	

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu		
1.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia – określić właściwe	Tak/Nie/Odmawiam podania odpowiedzi ¹
2.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Tak/Nie/Odmawiam podania odpowiedzi ¹
3.	Osoba z niepełnosprawnościami	Tak/Nie/Odmawiam podania odpowiedzi ¹
4.	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	Tak/Nie/Odmawiam podania odpowiedzi ¹
5.	W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	Tak/Nie/Odmawiam podania odpowiedzi ¹
6.	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	Tak/Nie/Odmawiam podania odpowiedzi ¹
7.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	Tak/Nie/Odmawiam podania odpowiedzi ¹

Łódź dnia.....

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie, co jest potwierdzone danymi zamieszczonymi w niniejszym dokumencie, umożliwiającymi weryfikację kryteriów uprawniających mnie do udziału we wsparciu zgodnie z jego regulaminem.

Dobrowolnie przekazuję dane, o których mowa w załączniku nr 1 i 2 do rozporządzenia EFS, potrzebnych do monitorowania wskaźników kluczowych oraz przeprowadzenia ewaluacji.

Zobowiązuję się do przekazywania informacji na temat mojej sytuacji po opuszczeniu projektu na wezwanie podmiotów uprawnionych, wymienionych w „Oświadczeniu uczestnika Projektu” oraz przyjmuję do wiadomości informacje, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz.1182, z późn. zm.).

Jestem świadom/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....

(czytelny podpis uczestnika imię i nazwisko)

¹Podkreślić właściwe

Opracowano zgodnie z Wytycznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014 – 2020 z dnia 3 marca 2015 r.