# Dane uczestnika projektu

**Dane wspólne**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** |
| 1 | Tytuł projektu: „Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie” |
| 2 | Nr projektu: POWR.05.03.00-00-0007/15-03 |

**Dane uczestnika**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** |  |
| 1 | Imię  |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | PESEL |  |
| 4 | Płeć |  Kobieta |
|  Mężczyzna |
| 5 | Wykształcenie |  Niższe niż podstawowe |
|  Podstawowe |
|  Gimnazjalne |
|  Ponadgimnazjalne  |
| **** Policealne |
| ****Wyższe |
| **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 poczty elektronicznej (e-mail) |  |

**Szczegóły wsparcia**

|  |  |
| --- | --- |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie | **16.12.2022 r.** |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu |  Osoba bezrobotna nie zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy |
|  Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy |
| **X Osoba bierna zawodowo w tym**:  **X Osoba ucząca się*** Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub w szkoleniu
* Inny
 |
|  Osoba pracująca w tym osoba pracująca w administracji rządowej osoba pracująca w administracji samorządowej inne osoba pracująca w MMŚP osoba pracująca w organizacji pozarządowej osoba prowadząca działalność na własny rachunek**** osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwieWykonywany zawód: 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 systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej rolnikOSOBA ZATRUDNIONA W .....……………………………………………………………………… |

**Rodzaj wsparcia:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  bon |   dodatek relokacyjny |  doradztwo |  doskonalenie zawodowe |  dotacja na rozpoczęcia działalności gospodarczej |  grant na telepracę |
|  inne |  instrument finansowy |  studia / kształcenie podyplomowe |  opieka nad dzieckiem do lat 3 / refundacja kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7 lub inną osobą zależną |   pośrednictwo pracy |  prace interwencyjne |
|  program mobilności ponadnarodowej |   program outplacementowy |   program zdrowotny |   przygotowanie zawodowe dorosłych |   staż / praktyka |  studia doktoranckie |
|  studia licencjackie / magisterskie |   stypendium | **** szkolenie / kurs |  usługa aktywnej integracji |  usługa rozwojowa dla pracownika przedsiębiorstwa |  usługa społeczna świadczona w interesie ogólnym |
|  usługa wsparcia ekonomii społecznej |  usługa zdrowotna / medyczna |  wizyta studyjna |  wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy | ****zajęcia dodatkowe |  zwrot kosztów przejazdu / zakwaterowania |

**Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |  Tak |  Nie  |  Odmowa podania informacji |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania |  Tak |  Nie  |  |
| Osoba z niepełnosprawnościami |  Tak |  Nie  |  Odmowa podania informacji |
| Osoba w niekorzystnej sytuacji społecznej  |  Tak |  Nie  |  Odmowa podania informacji |

……….......................………. ………………………………

 miejscowość, data podpis uczestnika

**Wypełnia pracownik Biura projektu po zakończeniu udzielania wsparcia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa |  Tak |  Nie |
| Data zakończenia udziału w projekcie | 17.12.2022  |

………………………………………. ……………………………………

 miejscowość, data podpis pracownika

……………………………………………………………….

 (imię i nazwisko)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie *(proszę wybrać 2 pola)* | **x** inne | **** osoba kontynuuje zatrudnienie | **X** osoba nabyła kompetencje |
|  osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie |  osoba podjęła kształcenie lub szkolenie |  osoba podjęła pracę / rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek |
|  osoba poszukująca pracy |  osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem / wychowaniem dziecka |  osoba pracująca / prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem / wychowaniem dziecka  |
|   osoba uzyskała kwalifikacje |  sytuacja w trakcie monitorowania |  |

 ………………………………

 podpis uczestnika