*Załącznik nr 8*

# Dane uczestnika projektu – Informacja po zakończeniu udziału w szkoleniu

**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 |

……………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie  *(proszę wybrać 2 pola)* |  inne | **** osoba kontynuuje zatrudnienie |  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