# *Załącznik nr 5*

# 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 |

**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 |  |
| 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 |
|  Osoba bierna zawodowo w tym:   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 przedsiębiorstwie  Wykonywany 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   rolnik  OSOBA 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 |  | |

………………………………………. ……………………………………

miejscowość, data podpis pracownika