

**Załącznik nr 4 - Formularz danych osobowych**

**Formularz danych osobowych w ramach projektu pn. „Kompleksowe wsparcie rozwoju Akademii WSB zgodnie z potrzebami zielonej i cyfrowej gospodarki” realizowany z Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027, współfinansowanego ze środków Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji, Priorytet X Fundusze Europejskie na transformację, Działanie 10.25 Rozwój kształcenia wyższego zgodnie z potrzebami zielonej gospodarki.**

**Uwaga:** Należy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami lub elektronicznie. W przypadku wyboru odpowiedzi proszę o postawienie znaku „X” przed wybraną opcją.

**I. Dane podstawowe**

Lp.	Nazwa pola	Dane identyfikacyjne Uczestnika/czki projektu
1.	Rodzaj uczestnika	<input type="checkbox"/> Indywidualny <input type="checkbox"/> Pracownik lub przedstawiciel instytucji/ podmiotu
2.	Imię	Wpisz Imię
3.	Nazwisko	Wpisz Nazwisko
4.	PESEL	Wpisz nr PESEL
5.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu <i>(podać tylko jeśli osoba nie posiada PESEL)</i>	Wpisz wiek
6.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
7.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne ((ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5–8)
8.	Kategoria uczestnika	<input type="checkbox"/> <b>Mieszkaniec</b> <input type="checkbox"/> <b>Pracownik:</b> <input type="checkbox"/> Obecny <input type="checkbox"/> Były <input type="checkbox"/> Pracownik etatowy AWSB prowadzący zajęcia dydaktyczne <input type="checkbox"/> <b>Osoba ucząca się: student Akademii WSB</b>

9.	Kategoria uczestnika – powiązanie z podregionem	<input type="checkbox"/> Katowicki <input type="checkbox"/> Bytomski <input type="checkbox"/> Sosnowiecki <input type="checkbox"/> Gliwicki <input type="checkbox"/> Tyski <input type="checkbox"/> Rybnicki <input type="checkbox"/> Bielski <input type="checkbox"/> Inny
----	---	--

## II. Dane teleadresowe Uczestnika/czki projektu

Lp.	Nazwa pola	Dane teleadresowe Uczestnika/czki projektu
1.	Kraj	Wpisz kraj
2.	Województwo	Wybierz województwo
3.	Powiat	Wpisz powiat
4.	Gmina	Wpisz gminę
5.	Miejscowość	Wpisz miejscowość
6.	Kod pocztowy	Wpisz kod pocztowy
7.	Telefon kontaktowy	Wpisz tel. kontaktowy
8.	Adres e-mail	Wpisz adres e-mail

## III. Status Uczestnika/czki w chwili przystąpienia do projektu

Lp.	Nazwa pola	Dane dotyczące statutu Uczestnika/czki projektu w chwili przystąpienia do projektu
1.	Czy jest Pan/Pani osoba pracująca w górnictwie lub branży okołogórnicznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2.	Statut osoby na rynku w chwili przystąpienia do projektu(proszę zaznaczyć jedną z trzech możliwości a, b lub c i wybrać właściwą opcję)	<p><b>a. <input type="checkbox"/>Osoba bezrobotna w tym:</b></p> <input type="checkbox"/> Długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne
		<p><b>b. <input type="checkbox"/>Osoba bierna zawodowo, w tym:</b></p> <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Inne
		<p><b>c. <input type="checkbox"/>Osoba pracująca, w tym:</b></p>

		<input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) <input type="checkbox"/> pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> Inne
3.	Planowany rok zakończenia edukacji w Akademii WSB, w której skorzystano ze wsparcia (wypełnić tylko jeśli w pytaniu nr 2 zaznaczono odpowiedź: Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie)	Wpisz planowany rok zakończenia edukacji w Akademii WSB

**Oświadczenie Uczestnika/czki Projektu:**

1. Dane podane w powyższym Formularzu danych osobowych są zgodne z prawdą i zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń z prawdą niezgodnych.
2. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania pracowników Biura projektu o zmianie jakichkolwiek danych teleadresowych.
3. Zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie, akceptuję zawarte w nich warunki oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania, tym samym, w przypadku zaklasyfikowania mojej osoby do projektu, zobowiązuję się do systematycznego udziału w zaplanowanych w ramach projektu formach wsparcia.

**Miejscowość, data:**

**Czytelny podpis Uczestnika/czki projektu:**