Załącznik nr 3 do Regulaminu nr 3 - Formularz danych osobowych

**Formularz danych osobowych Uczestnika 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.

1. **Dane podstawowe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa pola** | **Dane identyfikacyjne Uczestnika/czki projektu** |
|  | Rodzaj uczestnika | [ ] Indywidualny |
|  | Imię  | Wpisz Imię  |
|  | Nazwisko | Wpisz Nazwisko |
|  | PESEL | Wpisz nr PESEL |
|  | Wiek w chwili przystąpienia do projektu*(podać tylko jeśli osoba nie posiada PESEL)* | Wpisz wiek |
|  | Płeć | [ ] Kobieta[ ] Mężczyzna |
|  | Wykształcenie | [ ] Wyższe (ISCED 5–8) |
|  | Kategoria uczestnika | [ ] **Osoba ucząca się** |
|  | Kategoria uczestnika – powiązanie z podregionem | [ ] Sosnowiecki |

1. **Dane teleadresowe Uczestnika/czki projektu**

| **Lp.** | **Nazwa pola** | **Dane teleadresowe Uczestnika/czki projektu** |
| --- | --- | --- |
|  | Kraj | Wpisz kraj |
|  | Województwo | Wybierz województwo |
|  | Powiat | Wpisz powiat |
|  | Gmina | Wpisz gminę |
|  | Miejscowość | Wpisz miejscowość |
|  | Kod pocztowy | Wpisz kod pocztowy |
|  | Telefon kontaktowy | Wpisz tel. kontaktowy |
|  | Adres e-mail | Wpisz adres e-mail |

1. **Status Uczestnika/czki w chwili przystąpienia do projektu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa pola** | **Dane dotyczące statutu Uczestnika/czki projektu w chwili przystąpienia do projektu** |
|  | Czy jest Pan/Pani osoba pracująca w górnictwie lub branży okołogórniczej? | [ ] Tak[ ] Nie |
|  | Statut osoby na rynku w chwili przystąpienia do projektu(proszę zaznaczyć jedną z trzech możliwości a, b lub c i wybrać właściwą opcję) | 1. [ ] **Osoba bezrobotna w tym:**

[ ] Długotrwale bezrobotna[ ] Inne1. [ ] **Osoba bierna zawodowo, w tym:**

[ ] Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie[ ] Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu[ ] Inne1. [ ] **Osoba pracująca, w tym:**

[ ] prowadząca działalność na własny rachunek [ ] pracująca w administracji rządowej[ ] pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty[ ] pracująca w organizacji pozarządowej[ ] pracująca w MMŚP[ ] pracująca w dużym przedsiębiorstwie[ ] prowadząca działalność na własny rachunek[ ] osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą[ ] osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)[ ] osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)[ ] osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)[ ] osoba pracująca na uczelni[ ] osoba pracująca w instytucie naukowym[ ] osoba pracująca w instytucie badawczym[ ] osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz[ ] osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym[ ] osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki[ ] osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej[ ] Inne |
|  | Planowany rok zakończeni edukacji w Akademii WSB, w której skorzystano ze wsparcia (wypełnić tylko jeśli w pytaniu nr 2b 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 aktywnego i systematycznego udziału w zaplanowanych w ramach projektu formach wsparcia.

**Miejscowość, data:**

**Czytelny podpis Uczestnika/czki projektu:**