Załącznik nr 3 do Regulaminu nr 9

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 polach oznaczonych symbolem „☐”, należy wstawić X przy wybranej odpowiedzi.

Ja, niżej podpisany/a:

Imię: Proszę wpisać imię

Nazwisko: Proszę wpisać nazwisko

Telefon kontaktowy: Proszę wpisać telefon kontaktowy

Adres e-mail: Proszę wpisać adres e-mail.

PESEL: Proszę wpisać PESEL

Wiek w chwili przystąpienia do projektu (podać tylko jeśli osoba nie posiada PESEL)

Jeżeli brak numeru PESEL, proszę wpisać aktualny wiek

## Dane podstawowe

1. Płeć:

Kobieta

Mężczyzna

1. Rodzaj uczestnika:

Pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu

1. Wykształcenie:

Wyższe (ISCED 5–8)

1. Kategoria uczestnika:

Pracownik

1. Kategoria uczestnika – powiązanie z podregionem:

Sosnowiecki

## Dane teleadresowe Uczestnika/czki projektu

1. Kraj: Proszę wpisać kraj
2. Województwo: Proszę wpisać województwo
3. Powiat: Proszę wpisać powiat
4. Gmina: Proszę wpisać gminę
5. Miejscowość: Proszę wpisać miejscowość
6. Kod pocztowy: Proszę wpisać kod pocztowy

## Status Uczestnika/czki w chwili przystąpienia do projektu

1. Czy jest Pan/Pani osoba pracująca w górnictwie lub branży okołogórniczej?

Tak

Nie

1. Status zawodowy uczestnika w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć jedną z trzech opcji: a, b lub c, a następnie właściwe podpunkty)

Osoba pracująca, w tym:

Osoba pracująca na uczelni

## 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.

Miejscowość i data:Proszę wpisać miejscowość Wprowadź datę

Podpis Kandydata/ki: