



Załącznik nr 1 do Deklaracji przystąpienia pracownika kadry administracyjnej

FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH

Uczestnika Projektu

„Excellence in Education – Kompleksowy Program Rozwoju Akademii WSB”

Dane osobowe	Nazwisko i imię											
	PESEL W przypadku braku nr PESEL proszę wpisać wiek w chwili przystąpienia do projektu											
	lat										
	Płeć	<input type="checkbox"/> KOBIETA					<input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA					
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3)			<input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4)			<input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)					
Dane kontaktowe, w tym adres zamieszkania	Województwo						Powiat					
	Gmina						Miejscowość					
	Ulica						Nr budynku		Nr lokalu			
	Kod pocztowy						Telefon					
	E-mail											

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Jestem osobą pracującą: <i>W przypadku odp. TAK, proszę uzupełnić poz. 2, 3 i 4</i> MMŚP należy rozumieć mikroprzedsiębiorstwa oraz małe i średnie przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 250 pracowników i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR, lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR. Duże przedsiębiorstwo należy rozumieć przedsiębiorstwo zatrudniające więcej niż 250 pracowników, którego roczny obrót przekracza 50 milionów euro lub całkowity bilans roczny przekracza 43 milionów EUR.	1	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	2	<input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> inne
	3	Wykonuję zawód:	
		<input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego	<input type="checkbox"/> inny
	4 <i>Proszę podać nazwę instytucji/przedsiębiorstwa</i>	

UWAGA! Odpowiedź na pytania dot. danych wrażliwych udzielana jest dobrowolnie – istnieje możliwość odmowy odpowiedzi!

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem zgodności z prawdą.

Oświadczam, że zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika Projektu



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Narodowe Centrum
Badań i Rozwoju

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

