



Załącznik nr 1 do Deklaracji przystąpienia pracownika kadry kierowniczej

**FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH**

Uczestnika Projektu

„Excellence in Education – Kompleksowy Program Rozwoju Akademii WSB”

<b>Dane osobowe</b>	Nazwisko i imię											
	PESEL W przypadku braku nr PESEL proszę wpisać wiek w chwili przystąpienia do projektu											
		.....lat										
	Płeć	<input type="checkbox"/> KOBIEТА					<input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA					
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3)			<input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4)			<input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)					
<b>Dane kontaktowe,</b> 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**

<b>Jestem osobą pracującą:</b> <i>W przypadku odp. TAK, proszę uzupełnić poz. 2, 3 i 4</i> <b>MMŚP</b> 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. <b>Duże przedsiębiorstwo</b> 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	<b>Wykonuję zawód:</b>	
		<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

