



Załącznik nr 3 do Regulaminu odbywania szkoleń dla studentów na Wydziale Informatyki, Elektroniki i Telekomunikacji w ramach projektu „Zintegrowany Program Rozwoju Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie”, nr POWR.03.05.00-00-Z307/17-00 – Dane uczestnika Projektu

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU

PIERWSZE / KOLEJNE* ZGŁOSZENIE

Dane wspólne:

Lp.	Nazwa
1	Tytuł projektu: Zintegrowany Program Rozwoju Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie
2	Nr projektu: POWR.03.05.00-00-Z307/17-00
3	Numer i nazwa Osi priorytetowej: III. Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju
4	Numer i nazwa Działania: 3.5 Kompleksowe programy szkół wyższych
5	Numer i nazwa zadania: 2/545 WIET- certyfikowane szkolenia zawodowe - projektowania urządzeń zg. z dyrektywami UE w zakresie kompatybilności elektromagnetycznej - badania EMC, projekt EMC.

* niepotrzebne skreślić

Dane uczestników projektu, którzy otrzymują wsparcie w ramach EFS:

– w przypadku kolejnego zgłoszenia do udziału w projekcie **NIE trzeba** wypełniać rubryk : 4 – 21.

	Lp.	Nazwa																	
Dane uczestnika	1	Imię:																	
	2	Nazwisko:																	
	3	PESEL: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																	
	4	Płeć: KOBIEȚA / MĘŻCZYŻNA *																	
	5	Wiek w chwili przystąpienia do projektu:																	
6	Wykształcenie:																		
Dane kontaktowe	7	Kraj:																	
	8	Województwo:																	
	9	Powiat:																	

	10	Gmina:
	11	Miejscowość:
	12	Ulica:
	13	Nr budynku:
	14	Nr lokalu:
	15	Kod pocztowy:
	16	Telefon kontaktowy:
	17	Adres e-mail:
Szczegóły i rodzaj wsparcia	18	Planowana data zakończenia aktualnie realizowanego toku studiów w AGH:
	19	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: OSOBA BIERNĄ ZAWODOWO / OSOBA PRACUJĄCA *
	20	Wykonywany zawód (dot. osób pracujących): INNY / INSTRUKTOR PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU / NAUCZYCIEL KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO / NAUCZYCIEL WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO / NAUCZYCIEL KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO / PRACOWNIK INSTYTUCJI SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA / KLUCZOWY PRACOWNIK INSTYTUCJI POMOCY I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ / PRACOWNIK INSTYTUCJI RYNKU PRACY / PRACOWNIK INSTYTUCJI SZKOLNICTWA WYŻSZEGO / PRACOWNIK INSTYTUCJI WSPIERANIA RODZINY I PIECZY ZASTĘPCZEJ / PRACOWNIK OŚRODKA WSARCIA EKONOMII SPOŁECZNEJ / PRACOWNIK PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ / ROLNIK
	21	Zatrudniony w: (NAZWA ZAKŁADU PRACY)
	22	Rodzaj przyznanego wsparcia: SZKOLENIE
	23	Planowana data rozpoczęcia udziału we wsparciu:
	24	Planowana data zakończenia udziału we wsparciu:
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	25	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia TAK / NIE / ODMOWA PODANIA INFORMACJI *
	26	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań TAK / NIE *
	27	Osoba z niepełnosprawnościami TAK / NIE / ODMOWA PODANIA INFORMACJI *
	28	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej TAK / NIE / ODMOWA PODANIA INFORMACJI *

* niepotrzebne skreślić

.....
Data wypełnienia

.....
Podpis uczestnika