



Załącznik nr 1.

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

**„Program rozwoju kompetencji studentów Wydziału Medycznego UR”**

współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Realizator	<b>Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszowska Agencja Rozwoju Regionalnego S.A.</b>
Tytuł Projektu	<b>Program rozwoju kompetencji studentów Wydziału Medycznego UR</b>
Numer Projektu	<b>POWR.03.01.00-00-K074/16</b>
Priorytet	<b>III. Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju</b>
Działanie	<b>3.1 Kompetencje w szkolnictwie wyższym</b>

**UWAGA:**

1. Formularz zgłoszeniowy do projektu powinien być wypełniony elektronicznie lub odręcznie w sposób czytelny DRUKOWANYMI LITERAMI, niebieskim długopisem.
2. W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.
3. Każde pole Formularza zgłoszeniowego powinno zostać wypełnione, w przypadku gdy dane pole nie dotyczy Kandydata należy umieścić adnotację „nie dotyczy”.

INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA PROJEKTU			
IMIĘ (IMIONA)			
NAZWISKO			
WYDZIAŁ			
KIERUNEK STUDIÓW			
SEMESTR STUDIÓW			
NUMER INDEKSU			
PŁEĆ	KOBIETA <input type="checkbox"/>	MĘŻCZYZNA <input type="checkbox"/>	
DATA URODZENIA I MIEJSCE URODZENIA			
Telefon kontaktowy			
Adres e-mail			
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne
	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (liceum, technikum)	policealne (ukończone studium policealne)	<input type="checkbox"/> wyższe

DANE KONTAKTOWE adres zamieszkania	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Gmina:	
Powiat:	
Województwo:	
Obszar zamieszkania:	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski





KRYTERIA DODATKOWE	
Oświadczam, iż korzystam obecnie lub w ostatnim roku studiowania korzystałem/am ze wsparcia socjalnego/pomocy socjalnej na uczelni <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> korzystam z wsparcia socjalnego <input type="checkbox"/> nie korzystam z wsparcia socjalnego
Średnia ocen w poprzednim semestrze <sup>2</sup>	
Aktywność naukowa/organizacyjna/wolontariat <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy: w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo (osoba ucząca się) <input type="checkbox"/> osoba pracująca: w tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> brak
Zatrudniony w...	..... (nazwa przedsiębiorstwa)
Osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności <sup>4</sup> :	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> brak danych
Żyję w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> brak danych
Żyję w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> brak danych
Żyję w gospodarstwie domowym składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> brak danych
Przynależę do mniejszości narodowej lub etnicznej, jestem migrantem, osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

<sup>1</sup> Proszę załączyć zaświadczenie o pobieraniu stypendium socjalnego.

<sup>2</sup> Kserokopia stron indeksu na podstawie, której była wyliczana średnia lub kserokopia suplementu.

<sup>3</sup> Poświadczenie aktywnego udziału w działalności sekcji/koła naukowego/działalności społecznej np. kserokopia publikacji, ksero programu konferencji (dyplom), potwierdzenie działalności wolontariackiej.

<sup>4</sup> Kopia orzeczenia o niepełnosprawności





Projekt „Program rozwoju kompetencji studentów Wydziału Medycznego UR” realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020. Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej.

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej):	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
--	--

Wyrażam zgodę na realizację zajęć w weekendy i w przerwie międzysemestralnej.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie swoich danych osobowych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, szkolenia, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta projektu z obowiązków sprawozdawczych wobec Narodowego Centrum Badań i Rozwoju	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Wypełniają tylko osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności:

Oczekiwane formy wsparcia w ramach Projektu (np. doradztwo zawodowe, dostosowanie infrastruktury, udostępnienie specjalistycznego wyposażenia):

.....  
 .....

*Świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym do projektu są zgodne z prawdą.*

.....  
 MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
 CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

**WYPEŁNIONY FORMULARZ ZGŁOSZENIA NALEŻY DOSTARCZYĆ DO BIURA PROJEKTU OSOBIŚCIE**

**BIURO PROJEKTU:** Uniwersytet Rzeszowski, ul. Pigionia 6, (pok 416) Rzeszów 35-310  
 tel. 17 782 1371

<b>Wpłynęło*:</b>	
<b>Data:</b>	<b>godz.:</b>
<i>*prosimy nie wypełniać pola</i>	

