



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

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Program rozwoju kompetencji studentów Wydziału Medycznego UR”
współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

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

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(1-6),STOPIEŃ (I, II, JM), TRYB (NST, ST)			
NUMER INDEKSU			
PŁEĆ		KOBIETA <input type="checkbox"/>	MĘŻCZYZNA <input type="checkbox"/>
DATA URODZENIA I MIEJSCE URODZENIA			
Telefon kontaktowy			
Adres e-mail (drukowane litery)			
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne
	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (np. liceum)	<input type="checkbox"/> 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 <u>w ostatnim roku studiowania</u> korzystałem/am ze wsparcia socjalnego/pomocy socjalnej na uczelni ¹		<input type="checkbox"/> korzystam z wsparcia socjalnego	
		<input type="checkbox"/> nie korzystam z wsparcia socjalnego	
Średnia ocen w POPRIEDNIM semestrze ²			
Aktywność naukowa/organizacyjna/wolontariat ³		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

¹ Proszę załączyć zaświadczenie o pobieraniu stypendium socjalnego.

² Kserokopia stron indeksu na podstawie, której była wyliczana średnia lub kserokopia suplementu lub zaświadczenie z Dziekanatu WM.





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 ⁴ :	<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
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
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

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

⁴ 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.

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. Warzywna 1a, (G4 pok. 011) Rzeszów 35-310

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

