Załącznik nr 2
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
„Uczelnia bez barier – w kierunku edukacji włączającej”

Deklaracja uczestnika projektu

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres Beneficjenta | Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie, Rynek 1, 38-400 Krosno |
| Tytuł i numer projektu | „Uczelnia bez barier – w kierunku edukacji włączającej”nr POWR.03.05.00-00-A079/20 |

Dane uczestnika projektu (obowiązkowe):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dane uczestnika | Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL (podać nr) |  |
| Wiek w chwili przystępowania do projektu (w przypadkubraku nr PESEL) |  |
| Wykształcenie (proszę wpisać: podstawowe, gimnazjalne, ponadgimnazjalne, policealne, wyższe) |  |
| Płeć (właściwe zakreślić)  | Kobieta / Mężczyzna |
| Dane kontaktowe(dotyczy adresuzamieszkania –może być inny niżadreszameldowania) | Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon kontaktowy (prywatny lub służbowy) |  |
| Adres e-mail (prywatny lub służbowy) |  |
| Status uczestnikana rynku pracy | Status osoby na rynku pracyw chwili przystąpieniado projektu |  osoba bezrobotna niezarejestrowanaw ewidencji urzędów pracy osoba bezrobotna zarejestrowanaw ewidencji urzędów pracy osoba bierna zawodowo osoba pracująca |
| \* wypełnić w przypadku zaznaczenia pozycji osoba pracująca |  inne osoba pracująca w administracji rządowej osoba pracująca w administracjisamorządowej osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie osoba pracująca w MMŚP osoba pracująca w organizacji pozarządowej osoba prowadząca działalność na własnyrachunek |
| Wykonywany zawód |  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 systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej rolnik |
| Nazwa zakładu pracy (wypełnić w przypadku zaznaczenia pozycji osoba pracująca) |  |
| Kadra kierownicza  | Tak / Nie |
| Kadra administracyjna | Tak / Nie |
| Kadra dydaktyczna | Tak / Nie |
| Status uczestnikaprojektu w chwili przystąpienia doprojektu  | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej,migrant, osoba obcego pochodzenia  | Tak / Nie / odmawiam odpowiedzi |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu domieszkań | Tak / Nie |
| Osoba z niepełnosprawnościami  | Tak / Nie / odmawiam odpowiedzi |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niżwymienione powyżej)  | Tak / Nie / odmawiam odpowiedzi |

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Zapoznałem/-łam się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie: „Uczelnia bez barier – w kierunku edukacji włączającej”, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu oraz oświadczam, iż spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie.

2. Zostałem/-łam poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej III Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014 -2020, Działanie 3.5 Kompleksowe Programy Szkół Wyższych, nr umowy POWR.03.05.00-00-A079/20-00, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

3. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie oraz zgodę na udział w postępowaniu

rekrutacyjnym, zgodnie z Regulaminem.

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku w celach dokumentacyjnych i sprawozdawczych prowadzonych w projekcie.

5. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby projektu.

6. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania beneficjenta o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w deklaracji uczestnictwa w projekcie oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej.

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji pod względem ich zgodności z prawdą.

…..……………………………………… ……………………………..…………………………………………

 MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU