



DO REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA
pracowników kadry zarządzającej i administracyjnej oraz
dydaktycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w
Katowicach w szkoleniach/kursach realizowanych w
ramach projektu „Zintegrowane Programy Uczelni SUM”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Dane Uczestnika projektu: „Zintegrowane Programy Uczelni SUM”

1. Kraj:
2. Rodzaj Uczestnika: **Indywidualny**
3. Imię:
4. Nazwisko:
5. PESEL:
Brak PESEL ☐
6. Płeć:
7. Wiek w chwili przystąpienia do projektu:
8. Wykształcenie:
☐ niższe niż podstawowe,
☐ podstawowe,
☐ gimnazjalne,
☐ ponadgimnazjalne,
☐ policealne
☐ wyższe.

Dane kontaktowe uczestnika:

1. Województwo:
2. Powiat:
3. Gmina:
4. Miejscowość:
5. Ulica:
6. Nr budynku:
7. Nr lokalu:
8. Kod pocztowy:
9. Telefon kontaktowy:
10. Adres e-mail:

(każdy uczestnik musi podać albo telefon kontaktowy albo adres e-mail).

Szczegóły wsparcia

1. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:
☐ Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy,
☐ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy,
☐ Osoba bierna zawodowo,



- ☐ Osoba pracująca.
- W przypadku zaznaczenia „**Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy**” proszę o uzupełnienie niniejszych informacji:
 - ☐ Osoba długotrwale bezrobotna
 - ☐ Inne
 - W przypadku zaznaczenia „**Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy**” proszę o uzupełnienie niniejszych informacji:
 - ☐ Osoba długotrwale bezrobotna
 - ☐ Inne
 - W przypadku zaznaczenia „**Osoba bierna zawodowo**” proszę o uzupełnienie niniejszych informacji:
 - ☐ Osoba ucząca się
 - ☐ Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
 - ☐ Inne
 - W przypadku zaznaczenia „**Osoba pracująca**” proszę o uzupełnienie niniejszych informacji:
 - ☐ Osoba pracująca w administracji rządowej
 - ☐ Osoba pracująca w administracji samorządowej
 - ☐ Osoba pracująca w MMŚP
 - ☐ Osoba pracująca w organizacji pozarządowej
 - ☐ Osoba prowadząca działalność na własny rachunek
 - ☐ Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
 - ☐ Inne
 - W przypadku zaznaczenia „**Osoba pracująca**” proszę o uzupełnienie niniejszych informacji:
 - ☐ Instruktor praktycznej nauki zawodowej
 - ☐ 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
 - ☐ Inny
 - W przypadku zaznaczenia „**Osoba pracująca**” proszę o podanie miejsca zatrudnienia:

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:

1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:
 - ☐ TAK
 - ☐ NIE



- ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI
2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:
☐ TAK
☐ NIE
3. Osoba z niepełnosprawnościami:
☐ TAK
☐ NIE
☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI
4. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących:
☐ TAK
☐ NIE
W tym: gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu:
☐ TAK
☐ NIE
5. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu:
☐ TAK
☐ NIE
6. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej):
☐ TAK
☐ NIE
☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI