



Załącznik nr 3
do regulaminu uczestnictwa w projekcie
**pn. „KPK – Kompleksowy Program
Kształcenia w PWSliP w Łomży”**
Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – STUDENT	
Imię/imiona	
Nazwisko	
Kierunek i poziom studiów	
Tryb studiów	<input type="checkbox"/> STACJONARNE <input type="checkbox"/> NIESTACJONARNE
Rok studiów	
PESEL:	
Brak PESEL:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Płeć:	<input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA
Wiek w chwili przystąpienia do projektu:	
Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	
Planowana data zakończenia edukacji w PWSliP w Łomży	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo* <input type="checkbox"/> osoba pracująca
Wykonywany zawód <i>(wypełnić w przypadku zaznaczenia pozycji osoba pracująca)</i>	<input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny



	rachunek
Nazwa zakładu pracy (wypełnić w przypadku zaznaczenia pozycji osoba pracująca):	
Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie.....	
Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA DANYCH
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA DANYCH
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA DANYCH

* To osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Za biernych zawodowo uznaje się m.in. studentów studiów stacjonarnych.

Oświadczam, że:

- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu do celów związanych z rekrutacją i selekcją (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.). zostałem/am poinformowany/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis)



SZCZEGÓŁY I RODZAJ WSPARCIA
CZEŚĆ UZUPEŁNIANA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ- PWSliP w Łomży

Data rozpoczęcia udziału w projekcie:	
podpis osoby odpowiedzialnej	
Data zakończenia udziału w projekcie:	
podpis osoby odpowiedzialnej:	

Rodzaj przyznanego wsparcia

<i>Udział w Module 1 – Modyfikacja programu kształcenia na WNSH</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Data rozpoczęcia udziału we wsparciu	
podpis osoby odpowiedzialnej	
Data zakończenia udziału we wsparciu	
podpis osoby odpowiedzialnej	

<i>Udział Module 2 – Szkolenia/kursy i współpraca z pracodawcami w tym: wizyty studyjne u pracodawców</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Data rozpoczęcia udziału we wsparciu	
podpis osoby odpowiedzialnej	
Data zakończenia udziału we wsparciu	
podpis osoby odpowiedzialnej	