



*Załącznik nr 3b do REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
nr FERS.01.13-IP.07-0011/25 pt. „Kształcenie praktyczne kluczem do wysokiej jakości usług
fizjoterapeutycznych i wyższej jakości opieki nad pacjentem”*

**DANE OSOBOWE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU KORZYSTAJACEGO Z
POMOCY DE MINIMIS**

Proszę o wypełnienie drukowanymi literami

DANE WSPÓLNE	
Tytuł projektu	Kształcenie praktyczne kluczem do wysokiej jakości usług fizjoterapeutycznych i wyższej jakości opieki nad pacjentem
Numer projektu	FERS.01.13-IP.07-0011/25
Działanie	Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego

DANE DOT. PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI	
Nazwa podmiotu	
NIP podmiotu	
Typ instytucji	
Numer podmiotu z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczej	
DANE TELEADRESOWE DOT. PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI	
Kraj	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer budynku	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
E-mail	

DANE UCZESTNIKA	
Obywatelstwo	
Imię (imiona)	
Nazwisko	
PESEL	
Płeć	
Wiek w chwili przystąpienia do projektu	



Wykształcenie (zaznacz krzyżykiem)	☐ średnie pierwszego stopnia lub niższe ☐ ponadgimnazjalne lub ponad licealne (technik fizjoterapii) ☐ wyższe (licencjat, magister)
Uczestnictwo we wcześniejszych projektach szkoleniowych KIF	☐ tak ☐ nie

DANE TELEADRESOWE

Kraj	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer budynku	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Obszar wg stopnia urbanizacji (zaznacz krzyżykiem)	☐ Miejski ☐ Wiejski
mieszkaniec/mieszkanka miejscowości do maksymalnie 50 tys. mieszkańców	☐ tak ☐ nie
Telefon kontaktowy	
E-mail	

SZCZEGÓŁY WSPARCIA

Status uczestnika / uczestniczki w chwili przystąpienia do projektu	osoba bierna zawodowo	☐ tak ☐ nie
	osoba pracująca	☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ osoba pracująca w administracji rządowej ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ osoba pracująca w MMŚP ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie



		☐ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce oświaty (kadra niepedagogiczna) ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce oświaty (kadra zarządzająca) ☐ osoba pracująca na uczelni ☐ osoba pracująca w instytucie naukowym ☐ osoba pracująca w instytucie badawczym ☐ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicza ☐ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym ☐ osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki ☐ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej ☐ inne
	osoba bezrobotna	☐ tak ☐ nie

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
Osoba obcego pochodzenia	☐ nie ☐ tak
Osoba państwa trzeciego (Osoba z państwa trzeciego, w kontekście prawa UE, to osoba, która nie posiada obywatelstwa żadnego z państw członkowskich Unii Europejskiej ani obywatelstwa Szwajcarii, Norwegii, Islandii lub Liechtensteinu. W praktyce oznacza to, że osoba ta jest obywatelem kraju spoza Unii Europejskiej)	☐ nie ☐ tak
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej takich jak np Romowie)	☐ nie ☐ tak ☐ odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ nie ☐ tak



Osoba z niepełnosprawnościami Jeżeli zaznaczono odpowiedź „tak”	☐ nie ☐ tak ☐ odmowa podania informacji nr orzeczenia..... data orzeczenia..... organ wydający orzeczenia..... data ważności orzeczenia.....
Opiekun osoby z niepełnosprawnością Jeżeli zaznaczono odpowiedź „tak”	☐ nie ☐ tak ☐ odmowa podania informacji nr orzeczenia..... data orzeczenia..... organ wydający orzeczenie..... data ważności orzeczenia.....

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą lub zatajenie prawdy oraz, że wszystkie dane podane w procesie rekrutacyjnym oraz w formularzu „dane osobowe uczestnika/uczestniczki projektu” są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym

.....
Miejscowość i data

.....
czytelny podpis