**DANE UCZESTNIKA PROJEKTU**

**PIERWSZE / KOLEJNE\* ZGŁOSZENIE**

Dane wspólne:

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Nazwa |
| 1 | Tytuł Projektu: Akademia Dostępności - Wzmocnienie potencjału AGH w zakresie wsparcia osób z niepełnosprawnościami |
| 2 | Nr Projektu: POWR.03.05.00-00-A076/19 |
| 3 | Numer i nazwa Osi priorytetowej: III. Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju |
| 4 | Numer i nazwa Działania: 3.5 Kompleksowe programy szkół wyższych |
| 5 | Numer i nazwa zadania: Zadanie 2 ~~- Technologie wspierające oraz wsparcie edukacyjne~~ \*Numer i nazwa zadania: Zadanie 3 - ~~Procedury oraz struktura organizacyjna~~.\*Numer i nazwa zadania: Zadanie 4 - Działania szkoleniowe i zwiększające potencjał kadry (w tym świadomość niepełnosprawności)\*Numer i nazwa zadania: Zadanie 5 - ~~Nawiązywanie sieci współpracy~~\* |
| 6 | Nazwa wsparcia: *(proszę uzupełnić)*Szkolenie przygotowujące do pracy ze studentem w kryzysie psychicznym |

\* niepotrzebne skreślić

Dane Uczestnika Projektu, który otrzymuje wsparcie w ramach EFS.

W przypadku kolejnego zgłoszenia do udziału w Projekcie nie ma konieczności wypełniania rubryk od 4 do 17.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Lp. | Nazwa |
| **Dane uczestnika** | 1 | Imię: |
| 2 | Nazwisko: |
| 3 | PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Płeć: KOBIETA / MĘŻCZYZNA \* |
| 5 | Wiek w chwili przystąpienia do Projektu: |
| 6 | Wykształcenie: |
| **Dane kontaktowe** | 7 | Kraj |
| 8 | Województwo: |
| 9 | Powiat: |
| 10 | Gmina: |
| 11 | Miejscowość: |
| 12 | Ulica: |
| 13 | Nr budynku: |
| 14 | Nr lokalu: |
| 15 | Kod pocztowy: |
| 16 | Telefon kontaktowy: |
| 17 | Adres e-mail: |
| **Szczegóły i rodzaj wsparcia**  | 18 | Rodzaj przyznanego wsparcia: szkolenie |
| 19 | Planowana data rozpoczęcia wsparcia[[1]](#footnote-1): 14.09.2023 |
| 20 | Planowana data zakończenia wsparcia[[2]](#footnote-2): 14.09.2023 |
| **Status Uczestnika Projektu w chwili przystąpienia do Projektu** | 21 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu: OSOBA BIERNA ZAWODOWO / OSOBA PRACUJĄCA \* |
| 22 | Osoba z niepełnosprawnościamiTAK / NIE / ODMOWA PODANIA INFORMACJI \* |
| 23 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzeniaTAK / NIE / ODMOWA PODANIA INFORMACJI \* |
| 24 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkańTAK / NIE \* |
| 25 | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej TAK / NIE / ODMOWA PODANIA INFORMACJI \* |

\* niepotrzebne skreślić

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Data wypełnienia |  | Podpis Uczestnika |

1. Data pierwszego dnia bieżącego wsparcia [↑](#footnote-ref-1)
2. Data zakończenia projektu (30 listopada 2023 r.) lub data zakończenia umowy o pracę/cywilnoprawnej, jeżeli jest wcześniejsza od daty zakończenia Projektu. [↑](#footnote-ref-2)