**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 wdrażania w ramach projektów EFS zasady równości szans i niedyskryminacji w aspekcie dostępności dla osób z niepełnosprawnościami |

\* 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): 17.11.2023 | | | | | | | | | | | |
| 20 | Planowana data zakończenia wsparcia[[2]](#footnote-2): 17.11.2023 | | | | | | | | | | | |
| **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 niepełnosprawnościami  TAK / NIE / ODMOWA PODANIA INFORMACJI \* | | | | | | | | | | | |
| 23 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia  TAK / NIE / ODMOWA PODANIA INFORMACJI \* | | | | | | | | | | | |
| 24 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  TAK / 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)