

**ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH POWIERZONYCH DO PRZETWARZANIA**  
**DANE UCZESTNIKOW INDYWIDUALNYCH**

\*Szare pola wypełnia Biuro projektu

Lp.	Dane wspólne		
1	Tytuł projektu: „Monoprofilowe Centrum Symulacji Medycznej - nowa jakość kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo w PSW w Białej Podlaskiej”		
2	Nr projektu: POWR.05.03.00-00-0064/17-00		
3	Oś priorytetowa, w ramach której realizowany jest projekt: <b>V Wsparcie dla obszaru zdrowia</b>		
4	Działanie, w ramach którego realizowany jest projekt: <b>5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych</b>		
	Lp.	Nazwa	Dane
<b>Dane uczestnika</b>	1.	Kraj <sup>1</sup> :	
	2.	Imię:	
	3.	Nazwisko:	
	4.	PESEL:	
	5.	Brak PESEL:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	6.	Płeć:	<input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA
	7.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu:	
	8.	Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> policealne <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> wyższe
<b>Dane kontaktowe:<sup>4</sup></b>	9.	Województwo:	
	10.	Powiat:	
	11.	Gmina:	

<sup>1</sup> Wskaż kraj powiązany z danymi do kontaktu tj. kraj obszaru zamieszkania, z którego kwalifikujesz się do udziału w projekcie.

<sup>2</sup> Liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa

<sup>3</sup> Szkoły policealne

<sup>4</sup> Miejsce zamieszkania w Polsce



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



	12.	Miejscowość:	
	13.	Ulica:	
	14.	Nr budynku:	
	15.	Nr lokalu:	
	16.	Kod pocztowy:	
	17.	Telefon kontaktowy:	
	18.	Adres e-mail:	
Szczegóły i rodzaj wsparcia:	19.	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
	20.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie</li> </ul>
	21.	Rodzaj przyznanego wsparcia	<input type="checkbox"/> Wizyta studyjna
	22.	Data zakończenia udziału we wsparciu	
	23.	Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	
	24.	Zatrudniony w:	Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej <input type="checkbox"/> Zakład Pielęgniarstwa



	25.	Stanowisko:	
Status osoby projektu w chwili przystąpienia do projektu:	26.	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
	27.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	28.	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych
	29.	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	30.	w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	31.	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	32.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych

.....  
Data i podpis uczestnika projektu



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny

