**KARTA UCZESTNIKA PROJEKTU**

POWR.03.05.00-00-A062/21

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł projektu: | „WSEiZ w Warszawie – Uczelnia dostępna” |
| Oś Priorytetowa: | III Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju |
| Działanie: | 3.5 Kompleksowe programy szkół wyższych |

*W przypadku zakwalifikowania się do projektu, dane osobowe zostaną wprowadzone do aplikacji głównej centralnego systemu teleinformatycznego (SL2014). Jest to system wspierający realizację programów operacyjnych realizowanych w ramach Funduszy Europejskich 2014-2020. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.*

*UWAGA:*

1. *Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. Każdy punkt wniosku musi być wypełniony, jeśli nie dotyczy, proszę wpisać odpowiednio BRAK lub NIE DOTYCZY*
2. *W przypadku jakichkolwiek skreśleń, proszę postawić parafkę obok skreślenia, a następnie zaznaczyć/wpisać prawidłową odpowiedź*

|  |
| --- |
| **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| **Dane podstawowe** |
| Imię/imiona |  |
| Nazwisko |  |
| Uczelnia | Wyższa Szkoła Ekologii i Zarządzania w Warszawie |
| Płeć  |  [ ]  kobieta |  [ ]  mężczyzna |
| Pesel |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wykształcenie |  [ ]  ponadgimnazjalne (ISCED 3)  [ ]  policealne (ISCED 4) [ ]  wyższe (ISCED 5-8) |
| Wykonywany zawód |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE** |
| Ulica |  | Województwo |  |
| Nr domu/lokalu |  | Powiat |  |
| Miejscowość |  | Gmina |  |
| Kod pocztowy |  | Obszar |  [ ]  miejski |  [ ]  wiejski |
| Adres e-mail |  | Telefon kontaktowy |  |

|  |
| --- |
| **Dane dodatkowe uczestnika** |
| Osoba z niepełnosprawnościami |  [ ]  tak |  [ ]  nie |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |  [ ]  tak |  [ ]  nie |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  [ ]  tak |  [ ]  nie |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej |  [ ]  tak |  [ ]  nie |
| Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności (proszę opisać jakie) |
| **PODPIS** |
|  |  |
| **miejscowosć, data** | **podpis uczestnika** |