**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane dotyczące projektu**  | **Projekt pozakonkursowy Narodowej Agencji Wymiany Akademickiej pn. „Międzynarodowa wymiana stypendialna doktorantów i kadry akademickiej”, nr projektu POWR.03.03.00-IP.08-00-P13/18, realizowany w ramach Działania: 3.3 Umiędzynarodowienie polskiego szkolnictwa wyższego, PO WER**  |
| **Numer umowy o finansowanie**  | **PPI/PRO/2019/1/00034/U/00001** |
| **Nazwa Beneficjenta NAWA (Uczelni/instytutu)**  | **Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie** |

**DANE BENEFICJENTA (UCZELNI/INSTYTUTU)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kraj**  | **Brak NIP**  | **NIP**  |
| **Polska** | * Tak
 | **573-011-67-75** |
| **Typ instytucji**  |
| * instytut naukowo – badawczy

**X – uczelnia lub jednostka organizacyjna uczelni** * inne
 |
| **Województwo**  | **Powiat**  | **Gmina**  |
| **śląskie** | **Częstochowa** | **Częstochowa** |
| **Miejscowość**  | **Ulica**  |
| **Częstochowa** | **Waszyngtona** |
| **Nr budynku**  | **Nr lokalu**  | **Kod pocztowy**  |
| **4/8** |  | **42-200** |
| **Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)**  | **Telefon kontaktowy**  | **Adres e-mail**  |
| *WYPEŁNIANY AUTOMATYCZNIE* | **+48 34 378 41 00****+48 34 37 84 364** | **kancelaria@ujd.edu.pl****b.kowalik@ujd.edu.pl** |

**DANE UCZESTNIKA PROJEKTU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kraj**  | **Rodzaj uczestnika**  | **Nazwa instytucji**  |
|  | * Pracownik instytucji
* Doktorant, przedstawiciel instytucji/podmiotu
 |  |
| **Imię**  | **Nazwisko**  | **PESEL**  |
|  |  |  |
| **Brak PESEL**  | * TAK
 |
| **Płeć**  | **Wiek w chwili przystąpienia do projektu**  | **Wykształcenie**  |
| * kobieta
* mężczyzna
 |  | * policealne (ISCED 4)
* ponadgimnazjalne (ISCED 3)
* wyższe (ISCED 5–8)
 |
| **Województwo**  | **Powiat**  | **Gmina**  |
|  |  |  |
| **Miejscowość**  | **Ulica**  |
|  |  |
| **Nr budynku**  | **Nr lokalu**  | **Kod pocztowy**  |
|  |  |  |
| **Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)**  | **Telefon kontaktowy**  | **Adres e-mail**  |
| *WYPEŁNIANY AUTOMATYCZNIE* |  |  |

**STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Status uczestnika projektu**  | * doktorant **krajowy** (odbywający kształcenie u Wnioskodawcy)
* doktorant **zagraniczny** (przyjeżdżający do Wnioskodawcy w ramach wymiany)
* przedstawiciel **krajowej** kadry akademickiej (osoba będąca nauczycielem akademickim lub pracownik Wnioskodawcy prowadzący kształcenie doktorantów)
* przedstawiciel **zagranicznej** kadry akademickiej (osoba będąca nauczycielem akademickim)
 |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu**  | * Osoba pracująca, w tym w:
* administracji rządowej
* administracji samorządowej
* inne
* MMŚP
* organizacji pozarządowej
* działalność na własny rachunek
* dużym przedsiębiorstwie
* Osoba bierna zawodowo – osoba kształcąca się
 |
| **Wykonywany zawód (dotyczy tylko „osób pracujących”) \*:** | * Inny
* instruktor praktycznej nauki zawodu
* nauczyciel kształcenia ogólnego
* nauczyciel wychowania przedszkolnego
* nauczyciel kształcenia zawodowego
* pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
* kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
* pracownik instytucji rynku pracy
* pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
* pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
* pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
* pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej
* Rolnik
 |
| **Zatrudniony w:** |  |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** | * Nie
* Odmowa podania informacji
* Tak
 |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań**  | * Nie
* Odmowa podania informacji
* Tak
 |
| **Osoba z niepełnosprawnościami**  | * Nie
* Odmowa podania informacji
* Tak
 |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej**  | * Nie
* Odmowa podania informacji
* Tak
 |

**Załączniki do formularza zgłoszeniowego:**

1. **Oświadczenie uczestnika projektu POWER**
2. **Oświadczenie i dobrowolna zgoda na przetwarzanie danych osobowych przez NAWA**

|  |  |
| --- | --- |
| …..………………………………………………..……..……MIEJSCOWOŚĆ I DATA  | …………………………………………………………………………..……CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU  |
| …..……………………………………………………….……MIEJSCOWOŚĆ I DATA  | ………………………………………………………………………..……..CZYTELNY PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJFORMULARZ PO STRONIE UCZELNI/INSTYTUTU  |

\*co do zasady w przypadku uczestnika będącego przedstawicielem **kadry akademickiej** wykonywany zawód to **pracownik instytucji szkolnictwa wyższego**, w przypadkach doktorantów wykonywany zawód nie musi być związany z praca na uczelni, tj. np.: pracownik instytucji system ochrony zdrowia, instruktor praktycznej nauki zawodu, pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej, nauczyciel wychowania przedszkolnego, pracownik instytucji rynku pracy, rolnik, itd.