***Załącznik nr 8*** *do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie nr POWR.03.05.00-00-Z310/17*

*pn. „Program Rozwojowy Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie”*

*Zadanie 7. „Programy stażowe dla studentów WKŚiR, WNoŚ, WNoŻ”*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KWESTIONARIUSZ OSOBOWY** | | | | |
| ***UWAGA!***  *Poniższe dane są niezbędne do monitorowania uczestników projektu w centralnym systemie teleinformatycznym (SL2014).* | | | | |
| **I. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU** | | | | |
|  | | | | |
| Imię: ………………………………….…………......... | | | Nazwisko: ………………………………......................... | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   PESEL: | | | Data i miejsce urodzenia: ………….…………………… | |
| Płeć: ………………………………………………..…. | | | Wiek w chwili przystąpienia do projektu: …………….... | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | | | | |
|  | | | | |
| Kraj: ……………………………… | Województwo: ……………………….. | | | Powiat: ..………………..……… |
| Gmina: ……………………….…... | Miejscowość: ………………………… | | | Ulica: …………………………... |
| Nr budynku/nr lokalu: …………… | Kod pocztowy: ………………..…….... | | | Poczta: …………………………. |
| Telefon kontaktowy: ………………………….……. | | Adres e-mail: …………………...……….……………..…. | | |
| **KIERUNEK I POZIOM KSZTAŁCENIA** |  | | |  |
| Nazwa Wydziału UWM | ……………………………………………………………………………….. | | | |
| Kierunek studiów | ……………………………………………………………………………….. | | | |
| Tryb kształcenia (studia stacjonarne/zaoczne) | ……………………………………………………………………………….. | | | |
| Stopień studiów (licencjackie, inżynierskie, magisterskie) | ……………………………………………………………………………….. | | | |
| Semestr studiów | ……………………………………………………………………………….. | | | |
|  | VERTE | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **II. STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU** | |
|  |  |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** | |
| Tak Nie Odmowa podania informacji | |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | |
| Tak Nie | |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** | |
| Tak Nie Odmowa podania informacji | |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej** | |
| Tak Nie Odmowa podania informacji | |

……………………… …………………………………………...

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS*