



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY w projekcie „Dostępny ChAT”

Wpłynęło dnia: _____

Temat szkolenia: _____

Dane uczestnika	1.	Imię	
	2.	Nazwisko	
	3.	PESEL	
	4.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna

Dane kontaktowe uczestnika	1.	Kraj	
	2.	Województwo	
	3.	Powiat	
	4.	Gmina	
	5.	Miejscowość	
	6.	Ulica	
	7.	Nr budynku	
	8.	Nr lokalu	
	9.	Kod pocztowy	
	10.	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski (zgodnie z definicją GUS)
	11.	Telefon kontaktowy	
	12.	Adres e-mail	

1.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
----	---------------	---

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	1.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania
	2.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	3.	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania
	4.	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania
	5.	Zatrudnienie	<input type="checkbox"/> umowa o pracę na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> umowa o pracę na czas określony do 31.10.2023 r. <input type="checkbox"/> umowa zlecenie do 31.10.2023 r.
	6.	Obowiązki wykonywane na stanowiskach związanych z obsługą studentów, w tym ON	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Ja, niżej podpisany/a zgłaszam chęć udziału w projekcie „Dostępny ChAT” w ramach zadania nr 2 „Szkolenia dla kadry uczelni zwiększające jej wiedzę na temat potrzeb osób niepełnosprawnych” realizowanego przez Chrześcijańską Akademię Teologiczną w Warszawie i zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) przystępuję do udziału w projekcie z własnej inicjatywy;
- 2) zapoznałem/am się z regulaminem udziału w szkoleniach Pracowników Chrześcijańskiej Akademii Teologicznej w Warszawie w ramach projektu nr POWR.03.05.00-00-A072/20-00;
- 3) podane dane są zgodne z prawdą;
- 4) zostałem/am poinformowany/a, iż projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś priorytetowa III. Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju, Działanie 3.5 Kompleksowe programy szkół wyższych i realizowany w ramach konkursu Narodowego Centrum Badań i Rozwoju.

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU